

الأعراض النفسية والعلاج النفسي



ترجمة

أ. د. سامر جميل رضوان

أستاذ في علم النفس الإكلينيكي



الأعراض النفسية
والعلاج النفسي

هذه ترجمة عربية مصرح بها لكتاب

Wem kann Psychotherapy helfen

By

Karl Loenig

Vandenhoeck & Ruprecht
Goettingen. Zuerich

الأعراض النفسية والعلاج النفسي

تأليف
Karl Loenig
Vandenhoeck & Ruprecht
Goettingen. Zuerich

ترجمة
أ. د. سامر جميل رضوان
أستاذ في علم النفس الإكلينيكي

الناشر
دار الكتاب الجامعي
العين ـ دولة الإمارات العربية المتحدة

2010

الطبعة الأولى

1430هـ - 2010 م



دار الكتاب الجامعي

عضو اتحاد الناشرين العرب

عضو المجلس العربي للموهوبين والمتفوقين

العين - الإمارات العربية المتحدة

ص.ب. 16983

هاتف 00971-3-7554845

فاكس 00971-3-7542102

E-mail:bookhous@emirates.net.ae

جمع وتنفيذ وإخراج: كمبيورايتر Compu_Writer لخدمات دور النشر «عادل ندا» القاهرة

☏ (002-0100390516)

المحتويات

مقدمة المترجم

أصبح انتشار الأعراض والاضطرابات النفسية، والأعراض الجسمية ذات المنشأ النفسي في عصرنا الراهن واسعاً إلى درجة أصبح فيها عدد الأمراض والاضطرابات النفسية والأمراض التي تسهم بها العوامل النفسية يتجاوز المائة اضطراب ويكتشف العلماء كل يوم عدداً متزايداً من هذه الاضطرابات ويزداد فهمنا حول آلية التفاعل النفسي والجسدي. ومع ذلك فما زال هذا الميدان غامضاً بالنسبة للعامة وتشوبه الكثير من الأساطير والمخاوف، وخصوصاً في الدول والمجتمعات الفاشلة مما فسح المجال للانتشار الواسع للخرافة وتجار الوهم والدجل تحت مسميات مختلفة مستغلين تأثيرات العولمة وآخر ما توصلت له التكنولوجيا من مخترعات لترويج الوهم لدى فئة تتلقى هذا الوهم بسهولة نتيجة معاناتها واضطرابها وأزماتها.

الاضطرابات والأمراض النفسية هي اضطرابات محددة ومصنفة وأصبح بالإمكان اليوم معالجة الكثير منها بالعلاج الطبي النفسي (الدوائي) أو العلاج النفساني والنفسي الاجتماعي، أو التخفيف من آثارها ونتائجها على الفرد والمجتمع. وهناك طائفة من الأمراض الجسدية ذات المنشأ النفسي ومجموعة من الاضطرابات والأمراض الجسدية التي تلعب فيها العوامل النفسية دوراً. وفي هذه كلها يمكن للعلاج النفسي أو لطرق محددة منها أن تكون مفيدة.

يحاول هذا الكتاب المبسط أن ينير ذلك الجانب مقدماً إسهاماً يمكن أن يساعد المعنيين على فهم أفضل لغالبية أشكال الاضطرابات النفسية وأنواعها والتوجه إلى المكان المناسب الذي يمكن تلقي فيه الدعم المتخصص.

أ. د. سامر جميل رضوان

Srudwan@hotmail.com

الباب الأول

الأعراض النفسية

الاكتئاب

ذلك أن القلق هو تحذير من الخطر هو أمر يمكننا أن نتفهمه. ولكن أي معنى يمكن للاكتئاب أن يكون؟ الناس المكتئبون يشعرون في الحالة المتطرفة بأنهم غير قادرين على أي عمل؛ وفي الحالات الأبسط يرهقهم العمل بشدة لأنه عليهم أن يجبروا أنفسهم على أي عمل- مبادرتهم تكون محدودة جداً. والنشاطات التي كانت تبهجهم بالعادة تفقد طبيعتها المحفزة. وفي الحالة المتطرفة يستلقي المكتئب في السرير.

في الاكتئاب يتوجه كل الغضب الذي يمكن للمرء أن يمتلكه ضد الإنسان ذاته. وأجد أنه من المهم التمييز بين بنية الشخصية الاكتئابية وبين الصورة المرضية للاكتئاب. فبنية الشخصية الاكتئابية تميل نحو الاكتئاب. ولكن الاكتئابات نفسها تحدث في تركيبات مختلفة من الشخصية، وفي الواقع في كل أنماط الشخصية – سواء تعلق الأمر بما يسمى بالاكتئابات العصابية أو بما يسمى بالاكتئابات داخلية المنشأ، أي المرتبطة بشدة بالوراثة. ويمكن لمشاعر فقدان الدافع والفراغ وفقدان معنى الحياة واتهامات الذنب التي يتهم بها المكتئب ذاته أن تقود إلى حالة يعيشها المعني بشكل لايطاق. عندئذ يتصور المكتئبون الموت والزوال لأنفسهم.

في الاكتئاب العصابي تحتل العوامل المحيطية دوراً أساسياً، ويمكن شفاؤها بالعلاج النفسي بشكل جيد. أما الاكتئابات داخلية المنشأ فالمرض يتبع إيقاعه الداخلي الخاص به، تتبادل فيه أطوار من الاكتئاب مع أطوار من النشاطات المرتفعة والإحساس بالعافية، حيث تقود المبالغة المترافقة مع ذلك من تقدير (الطور الهوسي) إلى سلوك ملحق الأذى بالذات. ويكون الإنسان بين الأطوار سليماً.

ويمكن التأثير على الاكتئاب والهوس الداخليين بشكل جيد من خلال الأدوية. إلا أن العلاج النفسي ما زال في بداياته هنا.

وحتى عندما يشعر الاكتئابي بأنه فاقداً للأمل فإن الأمل في الواقع موجود دائماً. فالعلاج النفسي أو العلاج بالأدوية يمكن أن يخفف المعاناة وضمن ظروف معينة يقود إلى اختفاء المرض كلية. ولدى بعض المرضى يكون العلاج الدوائي المستمر ضرورياً. وقد أصبحنا نعرف اليوم مقدار الجرعات الواجب إعطائها، بحيث قلما تظهر الأعراض الجانبية للدواء.

وفي حالة الاكتئاب العميق يمكن للإنسان الذي ربما يكون قبل أسابيع أو أشهر، وضمن ظروف معينة قبل أيام عدة، أن يصبح في حالة لا يعود فيها يفهم أفكار الانتحار التي كانت تدور في ذهنه، بل وحتى محاولة الانتحار.

الاكتئاب هو استجابة إنسانية ولكنه ليس جزءاً من الحالة الإنسانية الطبيعية. إنه مرض يمكن معالجته في كثير من الحالات بنجاح.

وعلى ما يبدو فإنه لا يمكن فهم وظيفة الاكتئاب إلا إذا قمنا بمقارنة وجود المجتمعات المعقدة منذ فترة قصيرة مع تاريخ الإنسانية كلها. ففي كثير من الوجوه ما زلنا نستجيب كما كانت تستجيب المجتمعات البسيطة، كالصيادين والجامعين بمخزون محدود من الغذاء. فبالنسبة لهم كانت هناك فائدة من التقليل من النشاطات إذا لم يكن هناك صيد أو شيء لجمعه، بما يشبه الحيوانات التي تنام في الشتاء. فمن لا يكون نشيطاً فإنه لا يستهلك الكثير من الطاقة ويستطيع أن يعيش طويلاً. ومن المحتمل أن الناس قد ظلوا مع الاكتئاب في أوقات الجوع على قيد الحياة أكثر من الذين كانوا لا يمتلكون هذه القدرة.

ولابد من التفريق بين الاكتئاب ومشاعر الحزن. فمشاعر الحزن نشعر بها إذا ما فقدنا أشخاصاً مقربين، نحبهم؛ وكذلك يمكن لفقدان القدرات وإمكانات الحياة مع التقدم في السن أن يجعل الإنسان حزيناً. ففي الحزن يتم تمثل (استيعاب) الانفصال. إلا

أن الاكتئاب يظهر إذا ما شعر الإنسان باليأس بعد فقدان المحبوب، عندما يفقد الشجاعة على الاستمرار بالحياة بحيث لا يتحطم الإنسان. والشيء نفسه ينطبق على فقدان الكفاءات مع التقدم في العمر. وهنا يتوقف الأمر على القدرة على التأقلم مع التغيرات. فأغلب البشر يصبحون مكتئبين عندما لا يعودوا قادرين على ممارسة بعض أنواع الرياضة؛ وآخرين يتأقلمون مع أنواع أخرى من النشاطات الرياضية (على سبيل المثال من لعب التنس إلى لعب الغولف)، أو ينتقلون إلى نشاطات عقلية أكثر، تتضمن بعض العناصر الرياضية، على سبيل المثال الشطرنج.

وبعض المهن تصبح عسيرة على الممارسة مع التقدم في السن. فمارتينا نافراتيليوفا قالت بعد أن مباراة رابحة بالتنس عندما كان عمرها 36 سنة، «جيد جداً بالنسبة لامرأة عجوز». ويمثل فرانس بيكينباور مثالاً جيداً حول كيف يمكن لرياضي ناجح أن يحقق النجاح ويصبح حتى أكثر شهرة مما كان عليه في أثناء شهرته الرياضية. وتشير تقارير المعالجين النفسيين للأطفال واليافعين بأن بعضهم يشعر أن التعامل مع الأطفال مرهق جداً، عندما يتجاوزون سن الخمسين. وكثير منهم يتوقف عن معالجة الأطفال واليافعين ويقدم فقط الإشراف الذاتي Supervision ويقدم خبراته في عيادته للزملاء الأكثر شباباً. وحتى العمل مع الراشدين يصبح صعباً مع التقدم في العمر. فسيجموند فرويد حدد في سنواته المتقدمة، عندما كان مريضاً بالسرطان على أية حال، عدد الطلاب الذين عمل معهم مع المرضى.

والناس الذين لا تتيح لهم مهنتهم مجالات حرية من أجل إعادة التكيف، يكون وضعهم في الكبر سيئاً؛ فكثير لا يستطيعون تحمل التغيرات من العمل إلى التقاعد. فرجال الأمن على سبيل المثال تتم إحالتهم على التقاعد بشكل أبكر من المهن الأخرى. ومبرر ذلك بأن الشرطي لن يتحمل الإرهاقات الجسدية لمهنته في عمر الستين. ويبدو أن الشرطة أسهل تأقلماً مع التقاعد من الناس الذين يحالون إلى التقاعد في سن الخامسة والستين ومن مدرسي التعليم العالي قديما الذين كانوا يحالون على التقاعد في سن الثامنة والستين.

لقد توسعت قليلاً في التعرض لمشكلات الكبر في السن لأنه يوجد الكثير من المتقاعدين يعانون من المشكلات التي عرضنا لها. وللاكتئاب غالباً ما يقود كذلك فقدان الطفل. وعلى أساس الأفكار المعروضة حتى الآن فإنه من الصعب فهم ذلك. فالوالدان اللذان يفقدا طفلهما، يمكنهما أن يستمرا بالعيش أما الأطفال الذين لا أهل لهم أو ليس لهم بديل عن الأهل فلا يستطيعون العيش لوحدهم. إلا أن موت الطفل يعني فقدان الإمكانات المستقبلية التي يعد الطفل رمزاً لها، وحاملها إن صح التعبير والتي يمكن للوالدان أن يعيشاها، إذا ما تماهيا مع الطفل. فالمرء يقول الأولاد هم المستقبل وبالفعل يمثل الأطفال بالنسبة لكثير من الوالدين جزءاً من المستقبل.

ومن البديهي أن يتعلق احتمال حصول الاكتئاب بعد فقدان الطفل بالاستعداد للاكتئابات. ويكون هذا الاستعداد أكبر كلما كانت إمكانات المبادأة عند الإنسان أقل بالأصل. وكلما كانت إمكانات الحياة عند الأب والأم أقل. وبالطبع يلعب كذلك دوراً فيما إذا كان للوالدان أطفال آخرين أو إذا كانوا قادرين على إنجاب الأطفال. والناس وكذلك الأولاد لا يمكن استبدالهم ببعضهم، ولكنهم يمكن أن يعوضوا عن بعضهم البعض. إلا أن التوقعات من «الطفل البديل» غالباً ما تكون مرتفعة، لأنه يتم تقديس[1] الطفل المتوفى. فمن خلال توقعاتهما المفرطة غالباً ما يعيق الوالدان تطور الطفل البديل؛ وحتى عندما يتطور الطفل بشكل جيد فإنه لن يكون أبداً جيداً مثل الطفل المتوفى المقدس بشكل مبالغ فيه.

وغالباً ما تقود بنية الشخصية المكتئبة حتى من دون وجود اكتئاب حقيقي إلى صعوبات في العمل وفي التعامل مع أوقات الفراغ.

ولا يستطيع المكتئبون التركيز بكل جيد. فأبسط الجهود ترهقهم. كما تكون مشاعر قيمتهم الذاتية وثقتهم بأنفسهم منخفضة. ويشكو الاكتئابي من نفسه، وبأنه مذنب في نصيبه، وفيما يحدث للآخرين. ويقدِّر المستقبل بشكل تشاؤمي. وتظهر لديه أفكار انتحار،

(1) إضفاء كل السمات المثالية المطلقة عليه.

ويتم التخطيط للقيام بالانتحار وأحياناً يقوم بتنفيذها. وتكون شهيته منخفضة. وبعض المكتئبين ينامون كثيراً، وآخرين لا يستطيعون النوم أو يستمرون به؛ إنهم يستيقظون ليلاً ولا يعودون قادرين عليه. ويقول كثير منهم بأنه ما من شيء قادر على بث الفرح فيهم. ومنهم من يشعر بأن وقت الصباح أسوأ وقت لديه؛ و يتحسن مزاجه في المساء. وغالباً ما يقود ضعف الشهية إلى فقدان الوزن.

وكلما كانت الأعراض الجسدية أكثر وضوحاً وكان الفرق بين الصباح والمساء أكبر كان احتمال الاكتئاب أكبر، حيث يكون مرتبطاً على الأغلب مع اضطراب للعمليات الجسدية في الدماغ. وبشكل خاص في الحالات الشديدة للاكتئاب يمكن أن يظهر القلق، الذي يمكن أن يسيطر على الصورة المرضية ضمن حالات معينة. والناس المكتئبون مع القلق يبدون مستثارين. ويكون المريض في الحالة المتطرفة على قناعة بأنه قد جنا على المقربين منه أو الناس الموثوقين له بطريقة ما. ويتم تقويم المستقبل بشكل تشاؤمي: يخاف المكتئب من الإفقار؛ ويخشى بأن الناس الذين يحبهم أو المسؤول هو عنهم أن تصيبهم كارثة بسببه هو. وبعض المكتئبين يسمعون أصواتاً تشكوهم. وبعضهم يشير إلى أنه يشم روائح عفنة. وهنا بالطبع فإن الأمر يتعلق بظواهر نادرة الملاحظة التي لا تظهر إلا في الاكتئابات (الجسدية) داخلية المنشأ.

وبعض الشكاوى الاكتئابية تظهر على شكل أعراض جسدية فقط. ففي الشكاوى الجسدية التي لا يتم اكتشاف أسباب جسدية لها لابد من التفكير دائماً باحتمال وجود اكتئاب. ومن المحتمل أن تتوالف في غالبية الاكتئابات الاستعدادات والمحيط بصورة متبادلة التأثير. وتتم معالجة الاكتئابات ذات الاستعدادات الوراثية أو الجسدية بالأدوية، أما الاكتئاب الناجم عن تأثيرات بيئية فتتم معالجته بالعلاج النفسي. وفي كلا النوعين من الاكتئابات يفترض أن يتم التوليف بين العلاج الدوائي والعلاج النفسي.

وحتى في الاكتئاب المتوسط فإن المريض لا يكون قادراً على الإيفاء بمتطلبات المهنة والأسرة وهذا ما يجعله يلوم نفسه عليه.

الانتحار

إذا ما فكرت بأفكار الانتحار، فلا يعني هذا بالضرورة أنك تعاني من علامات مرض شديد، على الرغم من أن غالبية أفكار الانتحار مرتبطة بالمرض. فأفكار الانتحار قد تبدو بالنسبة لأي شخص في موقف ما المخرج الأسهل والملائم. إلا أن هذه المواقف نادرة وغالباً ما يكتشف المرء طرقاً أخرى تخرجه من الأزمة غير الانتحار.

وأفكار الانتحار لوحدها لا تقود إلى الانتحار بعد. فهي مجرد أعراض في البداية لعدم القدرة على التحمل. لهذا فلا داعي للخوف من أفكار الانتحار إذا ما كانت تعبر عن المزاج العام والتقويم الراهن للموقف أكثر من كونها تعبر عن مخطط انتحار محدد. ففي هذه الحالة الثانية ينبغي دائماً أخذ أفكار الانتحار بعين الاعتبار.

وهناك انتحار يرجع لمشاعر الذنب. فالشخص الذي تسبب على سبيل المثال بموت شخص آخر فقد لا يعود قادراً على تحمل مشاعر الذنب ولا يرغب باستمرار العيش. وحتى في الموقف الذي يبدو واضحاً جداً يمكن أن تتأثر الرغبة بالانتحار بعوامل موجودة في الشخصية. على سبيل المثال يمكن لبعض الناس أن يشعروا بمشاعر الذنب أكثر من الآخرين أو أنه لا يستطيع أن يلاحظ بأنه لا يمتلك مشاعر ذنب فقط وإنما يكون مريضاً جداً – على سبيل المثال بسبب كون الضحية قد مات بنتيجة خطأ ما ارتكبه هو لا يتجرأ على الاعتراف به أو يقر به.

كما تظهر أفكار الانتحار عندما يشعر الإنسان بأنه قد تم التخلي عنه من شخص آخر؛ إذا ما تركه أو مات. في العادة تستمر حالات الشك والاكتئاب التي تثير الشك في معنى الحياة لوقت قصير؛ بعدئذ تعود إمكانات الحياة وإمكانات النمو المتبقية إلى مركز الصدارة. إلا أن المرافقة العلاجية غاباً ما تكون مفيدة هنا.

بعض الأمراض النفسية تقود إلى تمزق العلاقات وانعدام الإنتاجية وتدمير العمل. عندئذ يمكن أن تظهر أفكار الانتحار. والوقاية تكمن في المعالجة المبكرة من لهذه الأمراض. وغالباً من يتم التقليل من قيمة فرص الحياة المتبقية وكذلك إمكانات العلاج النفسي.

في كثير من الأمراض النفسية يمكن لتأثيراتها أن تكون حاسمة بالنسبة لأفكار الانتحار: التأثيرات في الأسرة وفي العمل وفي وبقت الفراغ الذي يصبح من الصعب الاستمتاع به. ولكن هناك أيضاً أمراض نفسية تنتمي أفكار الانتحار للصورة المرضية الفعلية. من بينها الاكتئاب. وهناك نقاش حول فيما إذا كانت رغبة المرضى بأمراض شديدة بإنهاء حياتهم ليست أمراً مفهوماً. إلا أنه في الاكتئاب لا يتعلق الأمر بمرض غير قابل للشفاء. فالاكتئاب في الواقع ليس مرضاً مزمناً.

كما يمكن للانتحار أن يحصل نتيجة للخجل. فالإنسان الذي فقد مركزه أو لم يحصل على وظيفة، يمكنه اعتبار ذلك على أنه إهانة مثله مثل الشخص الذي تتركه شريكته أو المرأة التي يتركها شريكها. وكل الأحداث الحياتية التي يعزو الإنسان فيها السبب إليه (إما من خلال تصرفاته أو من خلال كينونته، على سبيل المثال من خلال نقص جاذبيته) يمكنه ن تسبب الشعور بالأذى - وأحياناً إلى درجة أنها تقود إلى حالة مزاجية غير محمولة، يبدو فيها الموت هو الخلاص الوحيد.

والإهانة أو الإساءة دائماً خطيرة لأنها غالباً تظهر فجأة (على سبيل المثال عندما يتم إنهاء عقد العمل) ولأن المشاعر التي تظهر عندئذ تكون كثيفة جداً. وفي حين أنه يتم التحضير لانتحار المكتئبين قبل فترة طويلة، يحدث الانتحار الناجم عن الإساءة بشكل مفاجئ في الغالب. عندئذ لا يمكن تقديم المساعدة العلاجية لأنه لا يبقى وقت للمعنيين. إنه يكون واقعاً تحت تأثير الحدث المهين بحيث أنه لا يرى سوى مخرجاً واحداً: ألا وهو الانتحار. فإذا ما نجا من محاولة الانتحار - كثير من محاولات الانتحار الناجمة عن الإهانة أو الإساءة لا ينجو أصحابها، لأن الوسيلة أو الأداة المستخدمة غالباً ما تكون قاسية وفاعلة-، يمكن استخدام العلاج النفسي. عدا عن ذلك يمكن للعلاج النفسي أن يكون لديهم للوقاية فقط. ومن يكتشف في نفسه استعداد عال للإهانة أو الإساءة التي تظهر في الحياة اليومية بشكل متكرر، عليه أن يكون مدركاً لخطر أن الحدث الحياتي المؤذي والمرهق قد يعني خطر الانتحار. وهذا بحد ذاته يمثل سبباً كي ننصح هؤلاء الناس للجوء للعلاج النفسي.

الحزن

يمكن للإنسان أن يحزن على إنسان ما، انفصل عنه أو فقده من خلال الموت. كما يمكن للإنسان أن يحزن على قدرات فقدها بحادث أو مع التقدم في العمر. ويصعب في كثير من الأحيان فصل الاكتئاب بشكل دقيق. فلدى الأشخاص المكتئبين غالباً ما تكون قيمة الذات مضطربة، أما في الحزن فلا. والحزن ليس مرضاً، وإنما هو ظاهرة طبيعية. إنه غالباً ما يستمر عند فقدان أشخاص مهمين لسنتين. ولكن توجد أحزان تستمر لفترة أبعد من هذا وغالباً ما تعبر إلى الاكتئاب. ولكن هناك أيضاً اكتئابات، تعاق من الظهور بداية. وتظل مستمرة على هذا النحو بحيث يبدو الشخص فيها وكأنه حزين. وهذا هو الحال على سبيل المثال عندما يتم عزو الذنب في موت أحد الأقارب في البداية إلى الطبيب المعالج. وبالطبع فإنه قد يحصل أن يكون الأطباء مسؤولين عن موت مريض ما، إلا أنه كذلك يحصل أحياناً إلا يتم تحمل الاتهامات الذاتية، بأن الشخص لم يهتم بالدرجة الكافية بالمتوفى، ، فيتم تخفيفها من خلال التصورات المتمثلة في أن الآخرين يتحملون المسؤولية. وبما أن الاتهامات بالذنب ضرورية كي تصبح اتهامات الذات غير محمولة، فإنه من الصعب التأثير عليها من خلال المعلومات أو الحجج المنطقية. فإذا لم يعد عزو الذنب فاعلاً في النهاية عندئذ يحدث الاكتئاب.

وبالعكس يمكن اعتبار الحزن الطبيعي اكتئاباً. ففي المجتمع الذي يقدِّر القوة عالياً وبشكل خاص لدى الرجال، ويقدِّر التعبير عن المشاعر بشكل سلبي، يعتبر الحزن غير طبيعي، شيئاً يستحق العلاج، وينظر إليه على أنه مرض. يمكن للإنسان أن يساعد شخصاً ما على الإقرار بحزنه وتمثل الخسارة أو الفقدان. ولكن لا يتعلق الأمر هنا بعلاج مرض ما.

القلق

يمكن للقلق الذي لا يمكن تفسيره منطقياً والذي يمكن أن يظهر بغض النظر عن الموقف الموجود فيه الإنسان في هذه اللحظة- غالباً ما يكون على أشده عندما يكون

المعني لوحده- أن يكون مقيتاً. وأحياناً قد يرتبط القلق بموقف محدد أو موضوع معين أو يكون «قلقاً عائماً بحرية» أي القلق الذي لا يرتبط بموضوع معين.

يمكن للقلق أن يظهر مع مشاعر الانقباض في أثناء الحيرة أو اليأس الذي لا يوجد له سبب محدد أو سبب يمكن أن يفسر القلق. ويمكن لأسباب القلق أن تكون لا شعورية أو يمكن أن يتعلق الأمر بشذوذ في العمليات الجسدية في الدماغ. كما يظهر القلق لدى في سوء استهلاك العقاقير عندما يتم التوقف عن التعاطي بسبب عدم توفرها أو لأن المعني يحاول التوقف عن تعاطيها. وغالباً ما يكمن خلف القلق الطافي بحرية الخوف من النزوعات الذاتية من الهرب، من التخلص من الوضع الحياتي الراهن، الأمر الذي يمكن أن يؤثر بشكل مؤذ للذات. وسوف نقوم في فقرة الرهابات بعرض أنه يمكن للمرء أن يخاف إذا ما كان من الخارج معتمداً على إمكانية السفر، على سبيل المثال من خلال الإعلان عن قطار ما في محطة القطارات. وهناك أناس لا يحتاجون مثل هذا الإرشاد: فالرغبة الملحة للهروب من الوضع الحياتي الراهن إلى وضع آخر تكون موجودة لديه باستمرار ولا تحتاج إلى أي سبب خارجي من أجل أن تنشط.

إلا أن غالبية الناس الذين يعانون مما يسمى القلق الذي يطفو بحرية يخافون بشكل لا شعوري بحيث يمكن لكل النزوعات المستثيرة لتصرف ما (وكذلك الرغبات أو الخيالات، عندما تصبح شعورية) أن تثير تصرف يؤدي بالمعني إلى صعوبات. وهؤلاء الناس يعانون في الحقيقة من قلق شامل من كل تصرف؛ ولكنهم يخشون من بعض التصرفات بشكل خاص. وغالباً ما يقيدون حياتهم بشدة. وقد يصل هذا لدى بعض الناس إلى درجة أنهم قد يرتكبون جنايات من أجل الدخول للسجن كي يظلوا تحت الحراسة وكي لا يقوموا بشيء ما. وبعضهم يتناول الكحول من أجل كبح القلق أو أنه يصبح متعلقاً بالأدوية كالفاليوم والتافور.

ويتعلق القلق من النزوعات الذاتية وكذلك من الأمور التي تبدو غير خطيرة بأنه لم يتم التدريب على التعامل مع المواقف الحياتية بشكل كبير، على سبيل المثال عندما

يعيق الوالدان الطفل عن التعلم بالمحاولة والخطأ، أي عندما يكون قد ترعرع في أسرة بنت حوله وحول تصرفاته مجال حماية متطرف. وآخرون لم يتعلموا في التعامل مع الراشدين إمكانيات تنمية كفاءاتهم الذاتية، لأنه قد تم تركهم يعتمدون على أنفسهم بشدة. فاستعدادات الطفل لا تتطور إلا في التعامل مع الناس. وعلى الرغم من أنه لدى أطفال آخرين كانت هناك فرصة للتعامل مع الآخرين إلا أن العلاقات لم تكن جيدة بحيث أنه لم تنشأ علاقة ثقة بالناس وبالعالم. ومن خلال ذلك لا يكون الناس الآخرين موجودين كشركاء تعلم، ويظل نمو الشخصية ناقصاً.

وبشكل عام يمكن القول بأنه في القلق القائم على موقف ما أو موضوع غالباً ما تكون إمكانات النمو أقل تضرراً مما هو الأمر في القلق الذي يطفو بحرية. إلا أن هذا لا يقول لنا الكثير حول إمكانات العلاج. فبعض المخاوف القائمة على موقف محدد أو موضوع ما يصعب علاجها. فإمكانات العلاج لا تتعلق فقط بالأعراض وإنما بسمات الشخصية التي على المريض أن يسخرها من أجل التعاون في العلاج. ومثل هذا الاستعداد ضروري في كل أشكال العلاج. وتحسن الرغبة بالشفاء والقدرة على التحمل التنبؤ العلاجي.

والناس الذين قلما تكلموا مع الناس الآخرين حول مشاعرهم فإنهم غالباً ما لا يكتشفون بأنهم يعانون من مخاوف أو أنهم يختارون لمخاوفهم تسميات مضللة. وعليه يقول بعض مرضى القلق أنهم مكتئبين. وعادة ما تطلق العامة تسمية مكتئب لتسمية كل المشاعر المقيتة، والتي لا يوجد لها تفسير منطقي.

وما يجعل من الأمر صعباً هو حصول توليفات بين القلق والاكتئاب في بعض الأحيان.

وفي بعض الأحيان يكون القلق المرضي في الواقع ضئيلاً جداً. فيتم عندئذ الشعور به على أنه توتر داخلي وليس على أنه قلق. ولدى بعض الناس يظل القلق ضئيلاً بسبب أنهم قد تعلموا أن يتصرفوا بشكل هروبي لتجنب القلق. وضرر القلق يكمن عندئذ في

تجنب المواقف التي يمكن أن يشتد فيها القلق. وهكذا يوجد أناس يمتنعون عن الترقي في المهنة إلى موقع أكثر مسؤولية، لأن خوفهم من فعل شيء ما خطأ قد يتقوى، وبعضهم الآخر يتجنب الاتصالات البين إنسانية التي يمكن للقلق أن يظهر فيها. والأشخاص الذين يعانون من الخوف من الشوارع يرتبون أمورهم بحيث لا يسيرون في الشارع إلا مع مرافقة، على سبيل المثال يذهب الزوج دائماً مع زوجته أو العكس للتسوق. وغالباً ما لا يسبب الطريق نحو العمل الذي ينبغي قطعه في وقت محدد كي لا يصل المرء إلى العمل في وقت متأخر، إلا القليل من القلق: وما يخشى منه بشكل لا شعوري هو الطرق الجانبية التي يمكن أن تثير قلقاً شعورياً، فيتم تجنبها كي لا يصل المرء متأخراً إلى عمله. وهؤلاء البشر يغادرون منزلهم بحيث أنهم يصلون في الوقت المحدد بالضبط، إذا ما لم ينحرفوا عن الطريق. ويقطعون الطريق نحو العمل على عجل، لا ينظرون يميناً أو يساراً – ويتجنبون بهذا تحت الضغط المصنوع ذاتياً الطرقات الجانبية المسببة للقلق.

وآخرون يستنتجون بأن قلقهم على الطريق يصبح أقل إذا ما دفعوا أمامهم عربة أطفال. وعلى الرغم من أن الطفل لا يستطيع أن يحمي من شيء إلا أنهم لا يمكنهم التخلي عن عربة الأطفال من أجل أن يسيروا في طرق جانبية، يمكن أن تغريهم لذلك.

والمرضى الذين يعانون من أمراض القلق غالباً ما يخافوا من أن يصبحوا «مجانين». ويقصدون بذلك بأنهم قد يفقدون السيطرة على نزوعاتهم الدافعية. وبهذا فهم يحددون مظهراً مركزياً لمرضهم. فقلقهم يظهر بالفعل لأنهم يخشون من انفجار نزوعي، غير معروفة درجته بالنسبة للمريض إلا أنه يمكن تهدءة مثل هؤلاء المرضى: بأنهم لن يصبحوا «مجانين»، فالانفجار أو الانهيار النزوعي يتم منعه من خلال المخاوف غير المحددة التي يعانون منها.

وغالباً ما يجد الناس الذين يقيدون حياتهم كي لا يصبح القلق أكبر، «أسباباً وجيهة» لتصرفهم. فهم يجدون على سبيل المثال أنه من غير المفيد أن يعرضوا أنفسهم للإرهاق المرتبط بموقع تحمل المسؤولية، أو أنهم يحطون أخلاقياً من موقع المدير لأنه عليه

باستمرار اتخاذ قرارات مزعجة للعاملين معه. والنساء اللواتي لديهن أطفال ويعانين من مخاوف من العمل يصعب عليهن العودة للمهنة على الرغم من أن نساء أخريات في وضعهن ينجحن في ذلك.

الناس الذين يمتلكون استعداداً لأمراض القلق غالباً ما لا يتجرؤون على فعل ما هو طبيعي أو عادي، فعلى سبيل المثال يخشون من تحمل مسؤولية دور الوالدين. وغالباً ما يبررون عدم رغبتهم بامتلاك الأطفال بأنه على الإنسان ألا ينجب أطفالاً في هذا العالم الراهن السيئ؛ وإلا سيكون قد ارتكب ذنباً بحقهم. ويتهرب آخرون من مسؤولية دور الوالدية إلى علاقة صداقة بالأولاد بمجرد أن يكون هؤلاء قد وصلوا إلى السن الذي يكون فيه ذلك ممكناً، على الرغم من أن ذلك يؤثر بشكل سلبي على نمو الأطفال. فهؤلاء الأولاد يمتلكون في والديهم صديقة أو صديق، ولكن ليس أب أو أم يتحملون مسؤوليتهم أو يسهمون معهم في تحمل المسؤولية ويتخذون موقفاً تجاه أبنائهم يمكنهم أن يتناقشوا فيه معهم.

وهناك طريق مثالي يتبعه بعض مرضى القلق، هو الهروب من الخوف إلى حياة التدين والنسك والتعبد. وأحد الحلول الأخرى والذي له سلبياته أيضاً هو التطوع في الجيش بهرميته الصارمة وإمكانية التنفيس عن العدوانية، في التدريب على سبيل المثال، بطريقة غير ضارة. فالنزوعات العدوانية تلعب لدى الرجال على الأغلب دوراً مسبباً للقلق الكبير. فيكون الحل من خلال اختيار مهنة معتبرة يمكن من خلالها تقنين هذه النزوعات والتنفيس عنها.

كذلك يمثل احتراف الرياضة إمكانية أخرى. فأنواع الرياضة العدوانية التي تتم ممارستها في الفريق تبدو ملائمة بشكل جيد. كانت لدي مرة حالة لاعب كرة قدم محترف تحول قلقه لمرض القلق عندما لم يعد بإمكانه اللعب بسبب إصابة أصيب بها.

ويتوفر العرض الرهابي عندما يعاني الإنسان من الناس أو الحيوانات أو في مواقف محددة من خوف أكبر مما هو الحال لدى الناس الآخرين. ولا تتعلق القيمة المرضية

للرهاب بشدة الخوف وإنما تتعلق أيضاً بغيما إذا كان الإنسان أو الحيوان أو الموقف الذي يظهر الخوف فيه يمكن تجنبه من دون تقييدات جوهرية للحياة. فإذا ما شعر شخص ما بالخوف في الشارع فهو مقيد في حياته بشدة، لأنه لا يستطيع مغادرة منزله. وإذا ما كان شخص ما يخاف من العناكب فإنه لا يستطيع أن يكون في الغرف التي توجد فيها عناكب. إلا أنه توجد حالات مكثفة جداً من رهاب العناكب؛ فهؤلاء الناس يعانون من الخوف من كل مكان من أنه يمكن أن توجد هناك عناكب. والحياة لا تكون مقيدة كثيراً إذا ما كان شخص ما يخاف من المرتفعات. ولكن ما يقيد أكثر هو أن يقترب شخص ما يعاني بالأساس من الخوف من نافذة غرفة في الطابق الثاني أو الثالث.

وتتعلق إمكانية التجنب كذلك بالوضع الحياتي وبالمهنة. فإذا ما كان شخص ما يخاف من الطيران ولا تتطلب مهنته منه ذلك فإنه لن يعاني الخوف. أما رجل الأعمال الذي عليه الطيران باستمرار فإنه يمكن أن يكون عاجزاً مهنياً بسبب الخوف من الطيران.

ويحتل الخوف من الناس موقعاً أساسياً. فإذا كان شخص من يخاف من الناس جميعاً فسوف ينعزل عن جميع أشكال التواصل البين إنساني وقلما سيكون متحرراً من القلق، طالما هو يعمل لأنه لا توجد أية مهنة من المهن تقريباً لن يضطر فيها الشخص التعامل مرة مع الناس. ولكن بالطبع يختلف مقدار الاتصالات الإنسانية في المهن المختلفة. فالمتخصص بالرسم التقني قد لا يحتاج إلى التواصل سوى مع مديره ومع زملاءه في الغرفة فقط؛ فهناك ربما يمكنه الجلوس على مكتبه لوحده. بالمقابل فإن موظف البنك على الشباك لديه اتصالات مستمرة مع الناس وكذلك الطبيب أو الممرضة.

وكل منا قد يحمر وجهه مرة إلا أن بعض الناس يعانون من خوف مرير من أن يحمرّوا. إنهم يشعرون بالفضيحة وعندما يظهر هذا فإنهم يتجنبون الناس نتيجة لهذا الخوف.

وفي حين أنه لا يوجد لكثير من رهابات الحيوانات أية قيمة مرضية كونه يمكن

تجنب الاتصال بالحيوانات على الأغلب من دون حدوث أية تقييدات في حرية الشخص فإن الخوف من الناس (الرهاب الاجتماعي) معيق جداً على الأغلب. فهناك مخاوف مباشرة من الناس والخوف في وجود الآخرين يمكن أن يسبب للشخص توجيه الانتباه المستنكر نحو ذاته.

ويمكن يحصل الاحمرار للإنسان وهو ظاهرة طبيعية. ولا يصبح الخوف من الاحمرار مرضياً إلا أذا أصبح الشخص يتجنب الناس لهذا السبب. وبعض الناس يخشون من أنه قد تبدأ أيديهم بالارتجاف عندما يتناولون الطعام في الأماكن العامة أو يمكن لرأسهم أن يرتجف. وهذا أمر خطير لأن كثير من هؤلاء الناس يتناولون الكحول من أجل اكتساب الجرأة قبل أن يذهبوا إلى الحفلات على سبيل المثال. وإذا ما كانوا يعانون الخوف في التعامل مع الناس في مهنتهم يتحولون إلى ما يسمى بشاربي المنسوب[1] والذين لا يستطيعون ممارسة نشاطهم المهني قبل أن يصلوا إلى مستوى محدد من الكحول.

وفيما يلي بعض الأسئلة حول غالبية صور الاضطرابات الرهابية التي يمكن للإجابة عنها أن تعطينا استخلاصاً فيما إذا كان الشخص يعاني من هذا أو ذاك الاضطراب:

أسئلة حول رهاب الأماكن العامة:

- هل تخاف عندما تغادر منزلك أو تخرج من البيت للشارع؟
- هل يصبح هذا الخوف أقل عندما تصل إلى مكان يكون فيه أشخاص معروفين لك، على سبيل المثال إلى مكان عملك؟
- هل القلق (الخوف) على الطريق للعمل أقل من الخوف الحاصل عندك عندما تكون في طريقك لمكان آخر، كالتسوق على سبيل المثال ؟
- هل يصبح هذا القلق أقل عندما تكون في رفقة شخص ما؟

---

(1) حاجة الشخص اليومية لشرب كمية محددة من الكحول كي يصل إلى المستوى المرغوب.

- أيساعدك الأمر عندما تجر معك عربة أطفال أو تقود الدراجة أو تحمل بيدك حقيبة تسوق؟
- هل تخاف من الوقوع وأن تكون تحت رحمة الآخرين؟

كل واحدة من الإجابات التي يجاب عنها بنعم تشير إلى خوف من الأماكن العامة.

وكما يوجد أناس يخافون من الأماكن العامة هناك أشخاص يخافون في البيت وبشكل خاص عندما لا يمكنهم الخروج في أي وقت للشارع. وهؤلاء يمكن بأي شكل من الأشكال إبقائهم في البيت.

كثير من الأشخاص الذين يعانون من رهاب الأماكن العامة يعالجون لسنوات طويلة بالأدوية، التي تهدف إلى تخفيف الأعراض الجسمية المرافقة للقلق. وآخرين يتم وصف الدواء لهم ضد مشاعر القلق نفسها. وهذه الأدوية تسبب التعود. ومع المرضى الذين لا يمكن إجراء علاج نفسي يمكن أن يكون من الضروري الاقتصار على العلاج الدوائي، إلا أن هؤلاء هم من الأقلية.

وهناك شكل آخر من الخوف الموقفي هو الخوف من الأماكن المغلقة. وهو يظهر في الغرف الضيقة وفي المصاعد وفي الأنفاق، وفي كل مكان لا يستطيع فيه الإنسان الخروج بسهولة على سبيل المثال في قطار أو باص مسافر.

أسئلة حول الخوف من الأماكن العامة:

- هل تعاني من الخوف في المصعد، أو في الباصات المغلقة أبوابها، أو في قطار مغلقة أبوابه، أو في السينما، إذا ما لم تكن تجلس على حافة الصف أو إذا لم يكن الطريق مفتوحاً نحو المخرج، أو من صف أو جماعة من الناس حيث لا يمكنك الذهاب من دون أن تلفت النظر؟
- هل تخاف من الطيران؟ (يمكن أن يكون هذا الخوف هو خوف من الأماكن المغلقة، وإلا تتم معالجة الخوف من الطيران بشكل مستقل).

أعراض القهر (القسر)

في قليل من صور الأمراض يتعلق تعريف «الطبيعي» و «المرضي» بدرجة كبيرة بالموقف، كما هو الحال في أعراض القهر. فقيام الإنسان بالتأكد فيما إذا كان باب المنزل مغلقاً أم لا عندما لا يكون متأكداً بأنه قد قام بذلك يعد أمراً طبيعياً. وأن يظل المرء غير متأكد مرة أخرى يمكن أن يكون طبيعياً أيضاً ضمن ظروف من التشتت أو الانشغال المتطرف بأمور أخرى مهمة.

وعندما يراجع الإنسان فاتورة الحساب فالأمر عادي. وفي الحسابات المهمة عادة ما تتم مراجعة الحساب مرتين. فإذا ما أعيد الحساب ثلاثة مرات أو أربعة فإنه يمكن للمرء أن يبرر الأمر منطقياً، بأنه ربما أخطأ في المرتين السابقتين، أو أنه مرهق جسمياً وذهنياً إلى درجة أنه يعاني من نقص في التركيز. عدا عن ذلك فإن الأمر يعد مرضياً. فإذا كرر الإنسان الحساب عشرات المرات فسوف يشعر الناس أن الأمر ملفت للنظر.

لقد أشار فرويد إلى أن الطقوس الدينية غالباً ما تمتلك وظيفة مشابهة للطقوس القهرية لدى المرضى العصابيين، ألا وهي الربط بين القلق ومنع القهر. وبالفعل يمكن للطقوس الدينية نفسها أن تسخر لخدمة عصاب القهر، على سبيل المثال التكرار القهري المتكرر للوضوء لدى مرضى عصاب القهر أو الصلاة القهرية التي تتكرر باستمرار إذا ما اعتقد إنسان أنه لم يؤديها بشكلها الصحيح أو أنه قد نسي شيئاً.

وفي حين أن مريض القلق يقيد حياته من خلال أنه يتجنب الموقف المسبب للقلق ويحمي نفسه من القهر الداخلي الذي يمكن أن تكون له عواقب اجتماعية، فإن مريض القهر يمنع سلوكه العفوي من خلال قيامه بتنظيم حياته وفق قواعد صارمة مما ينجم عنه سلوك جامد يمكنه أن يكن مفيداً، إلا أنه يظل قائماً طالما لم تغير البيئة نفسها. فالمواقف المتبدلة تتطلب سلوكاً متغيراً وهذا ما لا يستطيع مريض القهر في الغالب تعديله. لهذا يبدو جامداً. فيحاول أن يمنع التغيرات في المحيط الخارجي التي تتطلب تعديلاً في السلوك الذاتي.

غالباً ما لايكون مريض القهر واثقاً فيما إذا كان قد فعل شيئاً ما سيئاً أم لا. فعلى سبيل المثال يمكنه أن يخشى من أنه ربما دهس شخصاً ما، على الرغم من أنه في الواقع «يعرف» بأن الصدمة الموجودة على سيارته ناجمة عن شيء ما كان ملقى على الطريق، فينعطف ويرجع ثانية ليقنع نفسه بأنه ربما يكون قد صدم شخصاً ما، ربما طفلاً صغيراً.

وفي النزوعات القهرية يترسخ النزوع الممنوع والمصدود، ولكن من دون سياقه ومن ثم أيضاً من دون سياق تبريري، يمكن أن يجعله مفهوماً. وعليه يمكن لامرأة ما أن تشعر بنزوع يكاد لا يكون قابلاً للسيطرة مفاده أنها تغرس المقص في رأس طفلها الصغير، رضيعها، في المكان الذي لا يوجد في عظام ولا غضروف، فيما يسمى باليافوخ. ومثل هذه المرأة تكون متوترة جداً من خلال هذه النزوعات. إنها تبدو (أي النزوعات) بالنسبة لشخصيتها غريبة وغير مفهومة، لأنها تحب طفلها، تحبه حباً جماً. وهذا الحب الخاص، المبالغ به على الأغلب للطفل يمكن أن يكون من جهته محاولة للحفاظ على السيطرة على هذا النزوع القاتل. ويمكن أن يكمن السبب الأساسي لماذا ترغب هذه السيدة قتل ابنها، يمكن في أنه قد نشأ من زوج غير محبوب أو لأن هذا الزوج يؤذي إمكانات النمو المهني للمرأة على سبيل المثال.

وكذلك نزوعات الانتحار، كالنزوع نحو رمي النفس أمام قطار، التي يمكن أن تطفو من دون رغبات انتحار شعورية، فهي ليست بلا سبب على الإطلاق. فرغبات الانتحار غالباً ما تنشأ في سياق كره الذات بسبب فشل الإنجاز أو ذنب حقيقي أو متخيل، إلا أنها غالباً ما تكبت.وما يصبح شعورياً فقط هو النزوع المستثار من خلال علاقات الأسباب.

وبعض التصرفات القسرية تعبر رمزياً عن صراع ما، من دون الأمر أن يكون الأمر مدركاً لهؤلاء المرضى. وهنا أيضاً فإن الارتباطات ليست واضحة. فالمريض بالقهر يشعر وكأنه سيحدث أمراً سيئاً إذا ما لم يقم بالتصرفات القهرية. وهذه الطقوس القهرية يمكن أن تكون شبيهة بالطقوس الدينية، على سبيل المثال، كقراءة سورة ما أو آية ما قبل القيام بمشروع فيه مخاطرة أو برحلة ما أو لعبة رياضية. إلا أن معنى هذا الطقس

واضحاً. إذا أنه يفترض أن تحل بركة الله من خلال هذا الطقس. غير أنه غالباً ما لا يكون لطقوس القهر الحقيقية سوى معنى لاشعوري فقط وتبدو غريبة وشاذة لأن معناها بالنسبة للملاحظ وبالنسبة لمن يقوم بهذا السلوك غير واضح. أتذكر مريض قهري كان عليه أن يقوم دائماً بخطوتين للأمام وخطوة للخلف. وبهذا فهو وكأنه يستعرض بشكل مشهدي بأنه عليه أن يلغي كل تقدم في حياته (أيضاً بالتنافس مع والده) من خلال خطوة للخلف. ويعبر هذا الطقس: «أنا بالفعل لست ناجحاً، كما يبدو الأمر للوهلة الأولى». إلا أن المريض كان دائماً يتقدم خطوة للأمام.

ومن السهولة بمكان أن تقود مثل هذه الأعراض القهرية إلى العلاج الطبي النفسي. فبالنسبة لكل ملاحظ سوف يتضح أن هناك أمر ما ليس على ما يرام. والمريض نفسه يعاني من طقوس قهرية ملفتة للنظر اجتماعياً بدرجة كبيرة على الأغلب بحيث أنه نفسه يلجأ للعلاج.

بالمقابل فإن طقوس القهر الأقل وضوحاً تظل على الغالب من دون علاج. إنها غير ملفتة للنظر وغالباً ما تتم ممارستها بعزلة في الغرفة، على سبيل المثال عند ارتداء الملابس الذي ينبغي أن يتم بتسلسل محدد. والمعني هنا يريد أن يري لنفسه و « للوالدين الداخليين» بأنه يحافظ على النظام بشكل صارم، الذي ربياه عليه في الطفولة. ومثل هذه الطقوس القهرية يراها ذلك الذي يقوم بها على أنها عادات على الأغلب، لا تحتاج إلى أي تفسير. فإذا ما تمت ملاحظته من الآخرين في أفعاله فإنه غالباً ما يجد تبريرات منطقية أو أنه يقول ببساطة بأنه إنسان منظم ويشعر بأنه بخير إذا ما قام بشكل شيء بتسلسل محدد. أما كونه عليه أن يقطع ارتداء الملابس مراراً لأنه قد ارتكب خطأ ما – فهو يريد في الوقت نفسه ألا يكون مرتباً، بالشكل الذي تطلبه منه والداه–، فلا يمكن تبريره بسهولة. إلا أن غالبية مرضى تصرفات القهر يشعرون بأن هذه التصرفات القهرية غير منطقية، وهذا ينطبق على قهر الضبط شديد الوضوح وعلى الطقوس القهرية. وما يشبه ذلك ينطبق على قهر النظافة وكذلك على طقوس القهر.

وكذلك يتعلق عدد مرات الاستحمام والاغتسال بالموقف وعادات المجتمع الذي

يعيش فيه الإنسان. ففي البلدان الحارة يمكن أن يكون من الطبيعي أن يضع الإنسان نفسه تحت رشاش المياه (الدش) عدة مرات في اليوم، من أجل تبريد نفسه وإزالة العرق من جسمه. وفي وقتنا الراهن يمكن أن يكون من الطبيعي أن يستحم الإنسان مرتين في اليوم، إلا أن الأمر لم يكن قبل عدة عقود من السنوات عادياً. ففي الروايات من الحرب العالمية الأولى يمكننا قراءة بأن غالبية الناس كانوا يستحمون مرة واحدة في الأسبوع. وهناك رواية تفيد أن أحد الملوك البروسيين في القرن التاسع عشر كان يجلب حوض الاستحمام من أحد الفنادق ليستحم لأنه لم يكن في القصر حوض استحمام. كما توجد مهن من الضروري فيها غسل اليدين كمهنة طبيب الأسنان على سبيل المثال. ومن المعروف بشكل عام أن عادات النظافة تختلف في البلدان المختلفة.

إلا أننا نتحدث عن قهر النظافة عندما يقوم المعني بتنظيف نفسه أو الاستحمام أكثر مما هو مألوف في المحيط، وأكثر ما يستطيع هو نفسه تبريره منطقياً. ومن المؤكد أن قهر التنظيف يكون موجوداً إذا ما تم تبريره من خلال مخاوف التسمم أو العدوى بالبكتريا غير المنطقية. ففي الغسيل أو الاستحمام الذي يستمر لساعات طويلة باستخدام المعقمات والمطهرات، وعندما لا يكون هناك سبباً منطقياً فإنه يمكن عندئذ طرح التشخيص بسهولة.

ونستطيع الحديث عن قهر الترتيب عندما يتم تعطيل أو تأخير العمل من خلال. الحرص على الترتيب وعندما يكون الحفاظ على النظام من الناحية الانفعالية أكثر أهمية من إنتاجية العمل

فكل واحدة من أعراض القهر تعبر عن توتر بين النزوع والدفاع ضد هذا النزوع. ويرتبط وسواس الضبط مع نزوع لتوليد الفوضى؛ وقهر النظافة يتطابق مع نزوع نحو التلويث. فقط في أفكار ونزوعات القهر العدوانية يمكننا نقول بأن النزوع الأصلي هو الذي يطفو هنا، وبالطبع بشكل مصدود إلى حد ما، لأنه معزول عن السياق.

تمثل التصرفات القهرية دفاعاً ضد نزوع، لا يجوز للمرء أن يعيشه، على سبيل المثال

نزوع القتل، عندما يعود سائق السيارة من أجل التأكد فيما إذا كان قد صدم شخصاً ما. فالعزل عن الانفعال (النزوعات تظهر ولكن من دون شعور يتناسب معها) هو العزل من السياق ووضعه جانباً. ففي نزوع قهري يعمل الجزء المرتاع، الشعوري من الشخصية على ألا يتم تنفيذ النزوع؛ فالأنا الشعوري لا يجد أي تبرير لتنفيذ النزوع، يعيشه على أنه غريب عن الشخصية، سخيف، مناف للعقل، ومرعب كذلك. ويقود العزل عن الانفعال إلى افتقاد السبب الثاني الحاسم لتنفيذ النزوع. وعليه من الممكن لشخص ما أن يقول بأنه يتمنى لو شنق شخصاً ما – إلا أن الانفعال الغائب هنا يوضح للسامع بأن هذا التصرف لن يتم تنفيذه، وكذلك الآخر الذي يعيش هذا النزوع يشعر الشيء نفسه. غير إن التأمين ضد تنفيذ نزوع معاش من دون انفعال، ومعاش في السياق أقل فاعلية من العزل عن سياق السبب. والتعاطف أيضاً مع الضحية المحتملة لعدوان لفظي أو فعلي يمكن أن يكون مقيداً؛ والشيء نفسه يمكن أن يسري على مشاعر الذنب أيضاً، وإلا كان لإنسان آخر أن يتوقع وجودها، إذا ما اعتدى هو بالفعل على إنسان آخر بالفعل أو بالكلمات. ليس فقط الكره، وإنما أيضاً الحب يتم تخفيضه من خلال العزل عن الانفعال. والعزل يمس قليلاً أو كثيراً كل نوعيات المشاعر. وغالباً ما تكون الخبرة الجنسية كذلك مقيدة.

يمكن شفاء عصابات القهر من خلال العلاج النفسي في كثير من الحالات أو على الأقل تحسينها. وفي بعض الحالات لابد من الرضا بالعلاج بالأدوية النفسية التي لا تحقق الشفاء ولكنها تخفض وتكبح الأعراض.

فقدان الوعي

قد يحصل الخوف من فقدان الشعور أكثر من الإغماء الحقيقي. والناس الذين لم يفقدوا أبداً الشعور (أو الوعي)، يمكنهم أن يخشوا من هذا. والخوف من فقدان الشعور (الوعي) يحصل في كثير من الأمراض بأعراض الخوف. فإذا ما فقد الإنسان الشعور بالفعل فلابد من فحصه جسدياً، حتى وإن صحا من فقدانه للوعي من تلقاء نفسه.

فهناك مجموعة من الأمراض العصبية والباطنية يمكنها أن تكمن خلف فقدان الوعي. والأسباب النفسية في هذه الأيام نادرة؛ ففي الأوقات الغابرة (في عصر الركوك[1] والحساسية والرومانس) كان فقدان الوعي شائع الانتشار.

فإذا ما لم يتم اكتشاف أسباب عضوية لفقدان الوعي فيمكننا التفكير بآلية ذات منشأ نفسي. وبعض نوبات الإغماء النفسية المنشأ يمكنها أن تشبه نوبات الصرع. على سبيل المثال يمكن للإنسان أن يؤذي نفسه بالفعل في نوبة إغماء ذات منشأ نفسي. إلا أنه يندر أن يتم عض اللسان والتبول في الثياب. والتشخيص التفريقي صعب للغاية لهذا يشترط الأمر إجراء فحص عصبي عميق.

اضطرابات إدراك الجسد (اغتراب الجسد Depersonalization)

هنا يحصل تغير عابر في إدراك الجسد وبشكل خاص في أبعاد الجسد. فعلى سبيل المثال يمكن أن يتهيأ الإنسان أن رأسه يتمدد، يصبح كبيراً. ويمكن أن يظهر الشعور وكأن الإنسان لا يقف بثبات على الأرض، وإنما يسير كالريشة أو أن الإنسان موجود إلى جانب جسمه، أو أنه يتحرك كالآلة. وفي حالة اغتراب الجسد يبدو بعض الناس لأنفسهم في المرآة غرباء. ومن النادر لهذا الاضطراب أن يظهر مستقلاً، وغالباً ما يترافق مع القلق أو مشاعر الاغتراب أو الاكتئاب، ومع مشاعر الفراغ الداخلي. أما تشوه الأحاسيس كالحكة والتنميل في اليدين والذراع أو الأصابع أو في القدمين فهو أمر مختلف. فهذه الأعراض تعد سبباً لإجراء فحص طبي شامل.

وغالباً ما تظهر اغترابات الجسد في سياق اغترابات الواقع Derealization وهذا يعني أن المحيط يبدو كذلك متغيراً. فتحصل إدراكات من التغير الظاهري لنوعية الأشخاص والأشياء، وأحياناً أيضاً لمكانها في المجال. وهكذا يمكن لإنسان ما أن يبدو فجأة بأنه بعيد جداً، ويمكن للمحيط أن يبدو غير حقيقي، بلا ألوان أو حياة. ويمكن

(1) الروكوك Rococo أسلوب في التزيين وفن العمارة ويتميز بالزخرفة المبالغة. وقد شاع في القرن الثامن عشر.

للناس الآخرين أن يظهروا كالآلات. ويكون وعي المرضى هنا صافياً. وفي العادة لا تظهر أعراض اغتراب الواقع منعزلة وإنما بالارتباط مع الحالة المزاجية المنقبضة أو مع القلق. وغالبية الناس يشعرون بأعراض اغتراب الواقع على أنها مخيفة أو معذبة، ولكن كثير منهم يتقبلونها وبشكل خاص عندما يتكرر ظهورها.

ينبغي لأعراض اغتراب الجسد واغتراب الواقع أن تقدم سبباً للفحص النفسي من خلال معالج نفسي. وغالباً ما يستطيع العلاج النفسي أن يساعد وإن كان ليس دائماً بسرعة.

عدم الرضا عن المظهر الذاتي

بعض الناس غير راضين بدرجة متطرفة عن مظهرهم الخارجي. إذ يمكن للعيوب الجسدية الصغيرة أن تقود للقناعة بأن المرء بشع بشكل منفر، كأن يكون الأنف على سبيل المثال أطول من المتوسط بقليل. وأحياناً حتى المظهر الواقع في المجال الطبيعي إلا أنه مقيم ذاتياً على أنه شاذ قد يثير القناعة بأن الإنسان بشع جداً. وغالباً ما تستند المخاوف إلى الوجه بشكل أساسي وأحياناً لدى النساء بشكل ثانوي على السمات الجنسية كالثديين، والحوض والمقعدة والفخذين، ولدى الرجال على الأنف والقضيب. ومن النادر أن يتم اللجوء إلى الطبيب النفسي أو إلى المعالج النفسي، بل الأقرب أن يبحث المرء عن المساعدة من خلال العمليات التجميلية. وبعض المرضى يشيرون إلى القناعة بأنهم بشعين، على الهامش فقط، على الرغم من أن الجمال يمتلك بالنسبة لهم أهمية كبيرة وينشغلون بذلك بشكل كبير. وبما أن القناعة غير الواقعية بأن الإنسان بشع غالباً ما يرتبط بمشاعر مضطربة بالذات فإن العمليات التقويمية غالباً ما لا تقود إلى أية نتيجة. فالمريض لا يكون راضياً عن نتيجة العملية أو أنه يخترع بعدئذ سمات جسدية أخرى، «تؤكد» له أنه بشع.

الاستهداف الخطأ

الثرثرة (النميمة) تحدث في كل مكان في العالم، وبشكل خاص في العمل. وعندما يدخل ذلك الذي تتم الثرثرة حوله الغرفة يتوقف الحديث. عندئذ يستطيع المعني أن يستنتج من هذا بأن الآخرين يتحدثون عنه. غير أن هذا ليس هو التفسير الوحيد. إذ يمكن أن يكون هناك سبباً آخر هو أن موضوع النقاش كان موضوعاً مختلفاً؛ وبأن هؤلاء الذين كانوا يتناقشون في الموضوع لم يريدوا مشاركته في النقاش، كون الأمر موضوعاً خاصاً على سبيل المثال. ولكن ربما أيضاً كانت هناك ثرثرة أو نميمة بالفعل ولكن حول شخص آخر والمعنيون يخجلون من ثرثرتهم، فيتوقفون عن الثرثرة في حضوره. وأخيراً قد لا تكون الثقة بهذا الشخص كبيرة جداً بحيث لا توجد هناك رغبة بإشراكه معهم ويفضل المعنيون أن يبقى الحديث بينهما، وعندما يدخل الغرباء نسبياً إلى الغرفة يصمت المعنيون أو يبدلون الحديث.

والناس الذين يميلون إلى اعتبار أنهم معنيون في كثير من الأمور التي ليسوا معنيين بها أنفسهم بالفعل، أو الذين يميلون إلى اعتبار استجابة الاستبعاد البسيطة على أنها رفض لهم فسوف يفترضون في مثل هذا الموقف بأن الحديث كان يدور حولهم أو بأن المتكلمين الذين صمتوا الآن أو بدلوا الموضوع عدوانيون تجاههم. ونحو هذا الأمر يميل على سبيل المثال الناس الذين عاشوا في أسرتهم الأصلية الكثير من العداوة أو الذين عانوا كثيراً من الإحباط، بحيث أنهم هم أنفسهم استجابوا بعداوة. وبما أنهم ما زالوا «يعيشون» العداوة، في المكان غير الموجودة به ويستجيبون بعداوة حيث لا يوجد سبب لذلك (إنهم يفسرون المواقف الراهنة على أساس الخبرات السابقة)، أي يمتلكون باستمرار في داخلهم عداوة كثيرة، فإنهم يعزونها ببساطة للناس الآخرين. إنهم يفكرون بالآخرين بشكل سيء ولا يتوقعون الخير منهم. إلا أنه من الممكن أن يكون إذا ما عانى شعورهم بذاتهم من خلال الرفض المعاش باكراً من تضرر دائم، أنهم يمتلكون عن أنفسهم هم رأياً سيئاً جداً ويخشون من أنه يمكن للآخرين أن يقاسموهم رأيهم ويتحدثون عن هذا.

ومن البديهي أن يولِّد الشخص الذي يخشى العداوة ويتصرف بصورة شكاكة لهذا السبب، الرفض عند الآخرين، بحيث أن توقعاته بأن يعامل برفض وعدوانية ومن ثم تتأكد هذه التوقعات في الواقع. وأشخاص آخرون يدفعون الآخرين بالفعل من خلال الاستثارات اللاإرادية إلى أن يصبحوا تجاههم عدائيين، لأنهم لا يشعرون بالراحة في العلاقات الأكثر ودية. إنهم لا يعرفون كيف يتعامل الإنسان مع الود واللطف. ولكن من الممكن أيضاً أن يكون أنهم لا يؤمنون ببساطة بالود ويخمنون أنه تكمن خلف الود عداوة، إذا ما لم يكونوا موجودين. إنهم يستطيعون التعامل مع الناس الذين يبدون لطيفين ولكنهم في الواقع عدائيين[1]، أفضل من الناس الذين هم في الواقع ودودين.

غالباً ما يتراجع الشعور الخطأ بالاستهداف في مجرى العلاج النفسي. وبعض الناس الذين يقودهم شعورهم بأنهم مستهدفين إلى مشكلات دائماً، يحضرون للعلاج النفسي بسبب هذه المشكلات. وهناك القليل فقط من الناس الذين يستطيعون من دون مساعدة التعرف على أنهم غالباً ما يشعرون بالاستهداف، بحيث تنبثق الدافعية للعلاج عن ذلك.

اضطرابات الذاكرة

إذا ما ساءت الذاكرة فقد تكون الأسباب جسمية أو نفسية. وبداية لابد من استبعاد الأسباب الجسمية، لهذا ينصح إجراء فحص لدى الطبيب النفسي أو طبيب العصبية. والناس الكبار في السن يستطيعون أن يتذكروا أحداثاً غائرة في القدم إلا أنهم لا يستطيعون استقبال الأحداث الراهنة في الذاكرة لهذا فهم لا يستطيعون تذكرها. وفي الحالات المتطرفة لا يستطيعون تذكر ما لاحظوه أو سمعوه أو رأوه قبل الآن مباشرة.

وغالباً ما يتم الخلط بين اضطرابات التركيز واضطرابات الذاكرة. فمن يكون

(1) هناك الكثير من الأمثال الشائعة لدى العامة في اللهجات المحلية العربية تعبر عن هذا: «في الوجه هلا هلا، وفي القفا يفتح الله»، «يطبل للي جاي، ويزمر للي رايح»، «في الوجه مرآه وفي القفا.... ».

«رأسه محشواً بأمور أخرى» لا يستطيع التركيز على محيطه بشكل جيداً، وغالباً أيضاً على عمله، ولهذا السبب لا يستقبل معلومات. فالأمر يتعلق هنا باضطرابات استقبال المعلومات، وليس بالاحتفاظ بالمعلومات. كما أن الخوف أو القلق يمكن أن يمنع من التركيز على المحيط. فلا يتم الانتباه للمحيط إلا فيما يتعلق بالخطر الممكن، ومن ثم لا يتم استقبال معلومات أخرى. ومن ناحية أخرى ينسى الإنسان الأمور المزعجة بسهولة على سبيل المثال عنوان شخص عليه أن يكتب له رسالة مزعجة، أو اسم إنسان غير محبوب.

في الاكتئابات يكون التفكير متباطئاً؛ فالقدرة على التركيز تكون مضطربة. فالكتب التي كانت سهلة القراءة قبلاً لا تعود مفهومة. والكتاب لا يعودوا يفهمون كتبهم التي كتبوها. وهنا لا يتعلق الأمر باضطرابات الذاكرة وإنما باضطرابات استقبال المعلومات (فالاهتمام بالمحيط يصبح أضيق، تفتقد هنا «الطبيعة الحائة») وباضطراب تمثل المعلومات (اضطرابات التفكير). ومن هنا فإنه يمكن الخلط بسهولة بين اضطرابات الذاكرة والاكتئابات، وبشكل خاص في سنوات العمر المتقدمة عندما تصبح اضطرابات الذاكرة أكثر تكراراً من سنوات الشباب.

تمتد ذكرياتنا بدرجات مختلفة إلى الماضي السحيق. وأولى الذكريات قد تمتد إلى بدايات زمن المدرسة أو حتى سن الثالثة أو الثانية لبعض البشر. والأشخاص الذين لا يستطيعون تذكر الأحداث قبل سن السادسة يكونون قد مروا بين الرابعة والسادسة بصراعات عنيفة. وأحياناً تخل ذكريات العلاقة بالأب أو الأم من الأوقات الباكرة بالأفكار المتعلقة بالكيفية التي تطورت فيها العلاقة؛ فالخبرات الباكرة واللاحقة «لاتتلاءم» مع بعضها. وغالباً ما يتم عندئذ «نسيان» الخبرات والمعايشات الباكرة. ففي مثل هذا النوع من النسيان لا يتعلق الأمر باختفاء محتويات الذاكرة من التخزين في الدماغ، وإنما بنوع من إعادة التخزين في تلك المخزنات غير الميسرة بالنسبة للوعي. وهنا نتحدث عندئذ عن الكبت.

يمكن لمحتويات الذاكرة ألا تكون متوفرة لوقت عابر. فاسم شخص غير محبوب

لا يتم تذكره عندما يذهب ومن ثم تختفي أيضاً المشاعر المقيتة التي استثارها هذا الشخص.

ينبغي علاج الاكتئاب بالأدوية أو بالعلاج النفسي. وغالباً ما يتم تحسين التروية الدماغية من خلال علاج الدورة الدموية.

اضطرابات النوم

يشكو كثير من الناس من أنهم لا يستطيعون النوم ليلاً. ولكن عند الملاحظة نجد أنهم ينامون أحياناً، إلا أنهم لا يستطيعون في الصباح تذكر ذلك ويكون لديهم الانطباع بأنهم قد كانوا صاحين طوال الليل. ويتوقعون أن يكونوا تعبين ويشعرون بالفعل بالتعب بعدئذ. فالتعب يظهر لأنهم توقعوه.

غير أن كثير من الناس لا ينامون بشكل جيد بالفعل. فبعضهم لا يستطيع الدخول في النوم، وبعضهم الآخر يصحوا ليلاً مرة أو عدة مرات. في حين ينام آخرون بلا مشكلات إلا أنهم يصحون في وقت أبكر بساعة أو ساعتين.

غالباً ما تكون المؤثرات الفيزيائية الخارجية هي المسؤولة عن الاستمرار بالنوم. فمن المعروف أن الضجيج يمكنه أن يخل بالنوم؛ فهو يمكنه أن يمنع الدخول في النوم أو الاستمرار فيه. وبعض الناس يكون نومهم أفضل في الظلام الدامس، وبعضهم الآخر يفضل الضوء الخفيف. وبعض الناس لا يستطيعون النوم إذا ما افتقدوا إلى صوت معين، صوت السيارات البعيد على سبيل المثال. وبعض النوم يمكن أن يختل إذا ما كانت الغرفة حارة قليلاً. ويعد البرد من أقوى مثيرات اليقظة، لهذا يمكن للإنسان أن يصحو إذا ما كان اللحاف رقيقاً بحيث يتقلب النائم في فراشه ويشعر بالبرد.

ينبغي بداية توضيح أسباب أي اضطراب بالنوم بشكل فردي. والمختصون بذلك هم الأطباء العامون الأطباء النفسيون والعصبيون. وفي أمراض القهر والقلق تحصل اضطرابات الدخول في النوم، وفي الاكتئابات غالباً ما تكون اضطرابات الاستمرار

بالنوم أو الصحو المبكر. وفي بعض الاكتئابات بالمقابل تزداد الحاجة للنوم. ويمكن أن تكون للقلق المعيق للنوم أسباباً حقيقية، على سبيل المثال القلق الوجودي، الخوف على العمل أو على قريب مريض أو القلق على الصحة الذاتية. ولدى مرضى القلق لا يكون للقلق لديهم أية أسباب معروفة. فالأسباب موجودة في اللاشعور.

ويمكن للكوابيس أن تلحق الضرر بالنوم. وعلينا أن نميز بين الكوابيس والخوف من النوم: فالخوف يستمر بعد الاستيقاظ، وكثير من الناس الذين يعانون من نوبات الخوف يصرخون أثناء النوم ويتركون السرير، ويجرون نحو الباب. ويمكن للمرء أن يتذكر الكوابيس ولكنه لا يتذكر ما الذي جرى له قبل الاستيقاظ من نوبة خوف؛ في كل الأحوال يتم تذكر شذرات من الذكريات.

ويعد السير في أثناء النوم نوع خاص من اضطرابات النوم. وكما يشير الاسم يتجول السائرون في النوم في حالة من الوعي تشبه النوم وغالبا ما يصعب إيقاظهم. ويمكنهم أن يؤذوا أنفسهم عند الاصطدام بأشياء أو عند الوقوع. وإذا ما غادروا البيت يمكنهم أن يتعرضوا لحادث سير.

ولا يستطيع الذين يسيرون أثناء النوم تذكر ذلك عند الاستيقاظ (إذا ما وجدوا أنفسهم في السرير). ولا يعرفون ما يجري لهم إلا من خلال المحيطين الذي يلاحظونهم. ينبغي للسائرين أثناء النوم أن يستشيروا طبيباً نفسياً أو طبيب عصبية. وإلا يمكن للعلاج النفسي أن يساعد.

المعاناة من العلاقة

الخوف من القرب ظاهرة موجودة في وقتنا الراهن. وكثير يعتقدون بأنها ظاهرة موحدة – إذا ما عانى شخص ما فلابد وأن ترجع الأسباب إلى أسباب متشابهة.

إلا أن هذا غير صحيح. إذ يختلف معنى القرب بالنسبة للأشخاص المختلفين. فالبعض يخشى من فقدان فردانيته، أن «يذوبوا» كأشخاص في الآخرين، أن يفقدوا

«شخصيتهم». عندئذ يكون الخوف من العلاقة هو خوف على هويتهم الفردية التي لا يمكن الدفاع عنها إلا إذا ابتعد المرء. قالت لي مريضة ذات يوم: «إذا ما كان يفترض لي أن أكون قطعة معكرونة في وعاء الشوربة (أي: مثلها مثل الآخرين) عندئذ فأنا أن أريد على الأقل أن أكون قطعة تطفو على حافة الوعاء». فالأمر يتعلق هنا بالخوف من أنه يمكن في التعامل القريب مع الآخرين من فقدان كل شيء أو التخلي عن كل شيء يميز الإنسان عنهم.

مثل هذه المخاوف يمتلكها أولئك الناس الذين يصعب عليهم في العادة أن يضعوا حدوداً بين الأنا والأنت. على سبيل المثال إنهم يعيشون معاناة الآخرين معهم، وكأنها معاناتهم هم. مشاعر الآخرين تقتحمهم إن صح القول، وبالمقابل فهم بلا دفاع. ومثل هذه البنية (الفصامانية) من الشخصية يمكنها أن تحفز للاهتمام بالآخرين الذين هم في أزمة. ويمكن أن يتم تقدير ذلك عالياً من الناحية الاجتماعية؛ فبالنسبة لبعض المهن كمهنة الطبيب أو الممرضة على سبيل المثال فإن مثل هذه الدافعية في درجتها المتطرفة تجعل من هؤلاء غير ملائمين لممارسة المهنة. فالأطباء والممرضات الذين لديهم مثل هذه البنية يعانون مع معاناة الآخرين إلى درجة أنهم لا يعودوا يتحملوا، أو كما يحصل على الأغلب، يبتعدون مسبقاً.

ويمكن للخوف من قرب الآخرين أن ينشأ أيضاً من الخوف من «الافتراس». فالمرء يعيش الآخرين على أنهم متطلبين وملحاحين، وكأنهم مفترسين أو ممتصين. فيخشى المرء من فقدان مادته في الآخر، أو أن يصبح المرء جزءاً من مادته. والناس الذين يمتلكون مثل هذه البنية (الاكتئابية) من الشخصية، أن يصبحوا مفترسين وممتصين من الآخرين وكأن الأمر قدر محتوم عليهم؛ فهم لا يستطيعون أن يصدوا أنفسهم ضد شخص مفترس أو ماص. من ناحية أخرى يمتلكون هم أنفسهم ميلاً مفترساً وماصاً، الذي غالباً ما يتوقعونه أيضاً من الآخرين، حتى وإن كان الشخص أقل امتلاكاً لهذا الميل أو حتى لا يمتلكه على الإطلاق. ففي العلاقات القريبة يستجيب مثل هؤلاء البشر غالباً بلوم شديد، لأنهم يشعرون بالاستغلال، الأمر الذي يمكن له بالطبع أن يقود للصراع.

وإمكانية الابتعاد لا تتوفر لديهم أقل من الناس الآخرين لأنهم لا يستطيعون أن يكونوا بلا علاقة حميمة؛ وإلا سيكون لديهم خوفاً من أن «يجوعوا» انفعالياً. وفي الوقت نفسه يمتصون أنفسهم هم في الآخرين.

وغالبية الناس الذين يميلون إلى التواصل مع الآخرين بشكل قهري- ملحاح أو إلى تضخيم مظهرهم أكثر من المحيطين بهم على سبيل المثال هم أقل خوفاً من القرب. والخوف من القرب لدى هؤلاء الناس (النرجسيين) يكون أقل لأن القرب بالنسبة لهم، الذي يعبر عن نفسه من خلال التباعد الضئيل ويعبر في الوقت نفسه عن التفاعل، ليس له بالضرورة أن يمتلك نوعية انفعالية. وهذا يتعلق بعدم الاتساق في العلاقة، التي يقيمها مثل هؤلاء الناس: فهم يعيشون أنفسهم بأنهم مهمون ويعيشون الآخرين على أنهم غير مهمين. والناس الذين يشعرون بأنهم ممتصون أو مفترسون يعيشون أنفسهم على أنهم غير مهمين ويعيشون الآخرين على أنهم مهمون. وهذا سبب لماذا يتحملون الآخرين كثيراً. وبالمقابل من يرى نفسه أهم من الآخرين فإنه قد يشعر التقارب على أنه فرصة لاستغلال الآخرين لأغراضه.

ويخشى الأشخاص (القهريون) الآخرين لأنه يتم في القرب التقرير من هو «فوق» ومن هو «تحت». وهؤلاء الناس يلقون قيمة كبيرة على أن يكونوا هم المقررون. ينبغي لمفاهيمهم أن تنفذ، على الآخر أن يتصرف وفق تصوراتهم. ومثل هؤلاء البشر يتقبلون العلاقات التقاربية إذا ما كان واضحاً فيها أنهم هم فوق، أو عندما يكون من الواضح فيها بأنهم هم في «الأسفل» والآخر قوياً بحيث لا يكون من المفيد المناحرة على من هو فوق ومن هو تحت. ومثل هذا النوع من العلاقات عاشها بيكاسو، على الأقل بين الحين والآخر. فقد كان دائماً يصبح متوتراً عندما كانت تهدده امرأة ما بالتخلص من سيطرته أو عندما كانت تتمرد على موقعها الأدنى. وبالفعل فإنه من النادر أن تظل علاقة ما مستقرة في تركيبتها – الأعلى- الأدنى. لهذا فإن نهاية «ترويض الجامحة» لشكسبير غير صحيحة من الناحية النفسية. إذ أنه يولد الانطباع وكأن المواجهة بين الجامحة وزوجها

حسمت. ولكنها في الواقع ستعود في اليوم التالي، أو على أقصى تقدير بعد شهر أو سنة.

والناس الذين يجعلون من الآخرين موضوع حماية، موضوعاً موجِّهاً، كما يسمى، يحتاجون الآخرين بشكل ضروري كلية، لأنهم يساعدون على السيطرة على النزوعات القهرية الداخلية ويمنعونهم من الانزلاق في مواقف صعبة، لا يستطيعون مواجهتها لوحدهم. إلا أنهم من ناحية أخرى يتمردون ضد التعلق بمثل هؤلاء الشركاء. فالشريك الأول يحتاج إلى التوجيه، والآخر لأن يتم توجيهه. ولدى مثل هؤلاء الناس (الرهابيين) غالباً ما يتعلق الأمر بطبيعة ضابطة، بالشكل الذي تم وصفهم به؛ أو هم شخصان يحتاجان للتوجيه، فيضبطان نفسيهما بشكل متبادل. ويمكن لمثل هذه الروابط أن تكون مستقرة؛ عندئذ يتم تحمل التقارب بشكل جيد.

وأخيراً توجد مجموعة من الناس تعني بالنسبة لهم العلاقة القريبة كالعلاقة بالأم والأب. وبما أنه لدى هؤلاء الناس (الهيتسيريون) كانت العلاقة بالوالد من الجنس نفسه إشكالية جداً على الأغلب ولم يتمكنوا من التماهي معها بشكل جيد، فإنهم غير واثقين في خصائصهم الجنسية ولهذا فإنهم يبحثون باستمرار عن التوكيد. وهو ممكن في العلاقات القريبة، على الرغم من أن الأمر يعمل أيضاً في العلاقات المتباعدة، على سبيل المثال عندما يقتصر اللقاء على المغازلة فقط. إلا أن القرب يجلب معه عندئذ الاعتياد. وكلما كانت العلاقة أقرب كلما أصبحت أكثر اعتيادية. وكما سنتحدث في فصل الجنسية يقود القرب إلى مشكلات في المجال الجنسي، لأنه يتم ربط الرجل أو المرأة في البيت مع الأب، وهو ما ينشط تحريم غشيان المحارم؛ فيحصل اختفاء للجاذبية.

وأيضاً في العلاقات النفسية لمثل هؤلاء غالباً ما يلعب من هو «فوق» ومن «تحت» دوراً كبيراً، ولكن لأسباب غير تلك التي لدى الناس الذي تغمرهم الحاجة للضبط الشديد. فالنساء اللواتي يحملن بنية شخصية (قضيبية phallic) غالباً ما يكن متماهيات مع الأب أكثر من تماهيهن مع الأم ويرغبن، لأنهن يقدِّرن الأب تقديراً خاصاً ويمثلنه، لو كن مكانه، أي «فوق»، في حين أن الرجال من البنية نفسها، إذا ما كانوا خاضعين للأب، يرغبون أن يكونوا «تحت». ويبدو أن هذا ينسجم مع بعضه، إلا أن

المشكلة تكمن بأن الرجل الذي هو «تحت» يصبح بالنسبة للمرأة غير مهم وجذاب كالأب، في حين أن الرجال الذين هم «تحت» والذين قدسوا الأب idealize، غالباً ما يحبون المرأة المسيطرة إلا أنهم يتمردون ضدها في الوقت نفسه، لأنهم يرغبون أن يكونوا مثل الأب الذي خضعوا له. وغالباً ما يحصل عندئذ مشكلات في مجال الشهوة الجنسية appetence، للرغبات الجنسية للمرأة؛ ويشكل أساسي في مجال الرغبة الجنسية للرجل لأن المرأة تقلل من قيمته، التي تتهمه بأنه ليس قوياً مثلها هي. ويتحدث المرء هنا مركب برنهيلدا[1] Brunhilde -Complex: المرأة في بحث دائم عن رجل قوي، الذي يتهرب منها، مثلما فعل سيغفريد في علاقته ببرنهيلدا. فإذا ما ربحت زوجاً قوياً فستحاول المرأة أن تحوله لرجل ضعيف، وتتهمه بالضعف إذا ما نجحت في هذا.

يتم اختيار الشريك وفق مبدأ الإكمال، أو وفق مبدأ التشابه. والشركاء الذين التقوا مع بعضهم وفق مبدأ التشابه سرعان ما يملون من بعضهم، والشركاء الذين يلتقون على أساس التكامل غالباً ما يكون مزعجين – وبشكل خاص إذا ما تغير الشريك في سماته التي تم اختياره على أساسها، بدلاً من أخذ سمات الآخر في ذاته، وبهذا وسع إمكاناته الذاتية. على سبيل المثال يمكن لامرأة عفوية وفوضوية إلى حد ما أن تصبح مشوشة ضابطة بشكل مزعج لرجل منظم ودقيق، لأن الجوانب غير المرغوبة من بنية الشخصية للآخر تصبح في الاحتكاك اليومي والقريب أشد مما ينتظر، وهو ما يثير استجابة معاكسة مطابقة. عندئذ تكثر المشاجرات بينهما باطراد ويحاول كل منهما تغيير الآخر. وما أثار إعجابه في البداية على أنه عفوية أصبح بعدئذ يعاش على أنه عدم دقة مزعجة، والدقة تعاش على أنها مملة ومضيقة.

وعند تقويم هذا الفصل أرجو القارئ أن يلاحظ أنني هنا قد استخدمت مصطلح القرب بالمعنى المكاني. ولكن بالطبع هناك قرب انفعالي، يمكنها أن تكون لدى بعض الناس الذين لا يعيشون مع بعضهم أكبر مما هي عليه من الناس الذين يعيشون مع بعضهم.

ويمكن بالعلاج النفسي في الغالب تحسين الصعوبات الكثيرة الأولى في العلاقات.

والبنية التي أريد أن أتطرق لها فيما يلي، أي البنية الحدودية، تمت معالجتها في هذا الكتاب بشكل مختصر نسبياً، لأنه يركز على الشخصيات الطبيعية والمرضية بشكل بسيط. فلدى المرضى ببنية حدودية Borderline-Structure فإن هؤلاء الأشخاص يعانون من صعوبات كبيرة مع أنفسهم ومع الآخرين. فكثيرون وبشكل خاص اليافعون يجدون صعوبة في اكتساب تصور عما ينبغي له أن يكون دورهم في المجتمع بالفعل وحول الكيفية التي يمكن للإنسان فيها أن يتعامل مع الآخرين. وهذه الزعزعة غالباً ما تعبر عن نفسها في زعزعة الهوية الجنسية: فهم يسألون أنفسهم فيما إذا كان دورهم كرجل أو كامرأة بالشكل الذي يقدمه لهم مجتمعهم، مقبولاً ويناسبهم، وبشكل خاص في هذا العصر، ذلك أن الأدوار الجنسية تعد في تحول مستمر والنماذج بالنسبة للرجل والمرأة التي عاشها الناس في العقود الأخيرة في أسرتهم المنشأ، غالباً غير متناسبة مع العصر.

غير أنه لدى المرضى الذين نتحدث حولهم الآن يعبر السؤال عن أدوار الرجال والنساء عن صراع تماه عميق. وفي الواقع لا يتعلق الأمر كيف يفترض أن يكون المرء كرجل أو امرأة وماذا عليه أن يفعل، وإنما أيضاً كيف يكون المرء إنساناً وما الذي عليه أن يفعله كإنسان. فبعض هؤلاء الناس يعيشون أنفسهم في العصور المختلفة بشكل مختلف جداً. إنهم يستطيعون بشكل متبادل أن يكونوا موجودين في الحالات المختلفة لذاتهم، حيث أنهم مازالوا يتذكرون أنفسهم في خبرتهم في الحالات الأخرى، إلا أنهم يعتبرونها الآن غير مهمة.

وسيصعب كذلك على كثير من هؤلاء الناس تحمل المشاعر غير المرغوبة، وهو ما يفسر تصرفاتهم الاندفاعية، من أجل إنهاء المشاعر غير المرغوبة، على سبيل المثال بأن يتركون الغرفة فجأة عند وجود نزاع، أو يعتدون بالفعل على شخص ينتقدهم. وبعض الناس يحتاجون إلى عقاقير، من أجل كبح المشاعر التي لا يستطيعون تحملها. وغالباً ما لا يمكنهم وضع فسحة تفكير بين التصرف والفعل.

ويمكن تفسير جزء من الصراعات البين إنسانية التي يتورط فيها مثل هؤلاء الناس من أن هؤلاء الناس لا يدركون أنفسهم تقريباً كما هم عليه بالفعل. ويعزون

سمات جيدة لبعض الناس، لا يمتلكونها على الإطلاق؛ إذ تتم المبالغة بالسمات الجيدة الموجودة في قيمتها. في حين أنه يتم عزو سمات سيئة للآخرين لا يمتلكونها؛ إذ تتم المبالغة بالسمات السلبية الموجودة في قيمتها. وغالباً ما يقود هذا للصراعات وقطع العلاقات، لأنه من غير المريح للناس الآخرين أن يتم جعلهم سيئين وأن يتم التقليل من قيمتهم، أو أن تتم مثلنتهم (المبالغة بخصائصهم المثالية) بشكل غير واقعي وتحمل هذا الأمر لفترة طويلة. وغالباً ما يحصل الفشل في المهنة.

ويستطيع العلاج النفسي بالتوليف مع العلاج الدوائي أن يوقف التطور الاجتماعي السيئ والتخفيف من معاناة هؤلاء الأشخاص. وغالباً ما يكون من المفيد إجراء العلاج المركزي. وينطبق هذا بشكل خاص على المرضى الواقعين في صعوبات اجتماعية شديدة.

الباب الثاني

سوء استهلاك المواد

سوء استهلاك الأدوية

يمكن للمرضى أن يتناولون الكثير من الأدوية، إذا لم يتعلق الأمر بالدواء الصحيح أو إذا ما لم يتم بعد تطوير «الدواء الصحيح». فهم يأملون من تحقيق الأثر المرغوب من خلال رفع الجرعة. إلا أن بعض الأدوية تفقد تأثيرها مع الزمن ولابد من رفع الجرعة باستمرار مع الزمن. فيظهر الاعتياد على الدواء بما يشبه الأمر في الكحول والهيروئين. ومن النادر أن يتم اتهام مريض ما بسبب سوء استخدام الدواء، إذ غالباً ما يتعلق الأمر بمحاولات علاج ذاتي لشكاوى موجودة بالفعل. كما يوجد أطباء يصفون الكثير من الأدوية. عندئذ غالباً ما يظهر الاعتياد، ولابد من رفع الجرعة، وعند التوقف عن تناوله تظهر أعراض السحب. وبعض الأدوية وبشكل خاص الأدوية المسكنة يمكنها أن تؤذي الجسم عند الاستخدام المديد، إذ يمكنها تغير نسب الدم على سبيل المثال.

ومن ناحية أخرى وفي بعض الأمراض النفسية كالاكتئاب الداخلي والهوس والفصام فإنه لابد من استخدام الأدوية في العلاج. أما العلاج النفسي فيأتي بالدرجة الثانية. غير أنه يمكن من خلال العلاج النفسي تحسين نجاح العلاج. والتصور المتمثل في أنه يتم «حشو» المرضى نفسياً بالأدوية في المستشفيات النفسية بدلاً من أن يحاول المرء معهم بالعلاج النفسي، غالباً ما يقوم على معلومات خطأ. فالعلاج النفسي ليس الوسيلة الشافية لكل الأمراض النفسية. والأدوية النفسية مثلها مثل الأدوية الأخرى: فالدواء الصحيح يؤثر إذا ما استخدم بشكل صحيح ولم يتم إعطاؤه لفترة طويلة؛ والدواء الخطأ أو الذي يستخدم لفترة طويلة يؤثر بشكل ضار. أما كم من الوقت ينبغي إعطاء الدواء فهذا يتعلق بالحالة الفردية. كما أنه هناك أمراض نفسية تتطلب العلاج الدائم،

على سبيل المثال العلاج الدائم بمادة الليثيوم. فهذا الدواء يتم استخدامه في المرض الهوسي الاكتئابي وبشكل خاص للوقاية من الحالات الهوسية التي تقود إلى تصرفات طائشة. وهناك أطوار لا يشكو فيها المريض من شيء، ويشعر بأنه بخير، ومع ذلك عليه أن يستمر بتناول الدواء من أجل منع ظهور الاكتئاب أو فرط الحيوية.

وكما هو الحال في غالبية الأدوية يمكن أن يكون للأدوية النفسية آثاراً جانبية، غير مرغوبة. ويمكن تجنب الكثير من التأثيرات الجانبية من خلال الجرعة الدقيقة، ولكن ليس كل التأثيرات الجانبية. إلا أنه في العادة غالباً ما تكون فائدة الدواء كبيرة بحيث ينبغي تشجيع المرء على تحمل الآثار الجانبية.

سوء استخدام الكحول

يتوفر الكحول للراشدين والكثير من الأطفال. وكثير جداً من الناس يستطيعون تناول الكحول بشكل مسيطر عليه، أي من حيث الكمية التي لا تلحق الأذى بصحتهم. والعضو الذي يستجيب على الكحول بحساسية خاصة هو الكبد. فعندما يتناول الرجل يومياً أكثر من 50 غرام والمرأة أكثر من 20 غرام من الكحول هناك خطر إلحاق الأذى بالكبد.

ويمكن للإرهاق على سبيل المثال، وحتى الإرهاق المدرسي لدى الأطفال أن يقودهم لتناول الكحول. ويتم تناول الكحول من أجل التهدءة وتخفيف الخوف وبشكل خاص في الاتصال مع الناس الآخرين، من أجل رفع المزاج الاكتئابي من خلال التأثير المغبط ومن أجل إزاحة الأفكار المزعجة جانباً وكبتها، التي يمكن أن تكمن جذورها في الواقع أو كذلك في الأمراض النفسية كالاكتئابات والقلق.

وبعض الناس يظلون قادرين على الإنجاز لفترة طويلة، على الرغم من أنهم يشربون الكثير (المثال المشهور حول ذلك جان بول سارتر، وسيمون دي بوفوار، وهانس ألبيرس، وإيرنست هيمنغواي وكثير غيرهم من الشاربين المشهورين)، إلا أنه لابد وأن تظهر في

وقت من الأوقات تضررات في الأعضاء (الكبد والمعدة والقلب والدورة الدموية والدماغ والجهاز العصبي المحيطي). وفي ألمانيا يتوفى الناس بالكحول أكثر بعشرين مرة مما هو الحال في العقاقير غير القانونية. وبما أن كثير جداً من الناس يتناولون الكحول من دون أضرار صحية ويتحملونه، وربما لأن الدولة تحقق دخلاً كبيراً من وراء الكحول، وعلى الرغم من أن الناس الذين يتناولون الكحول يعرضون كذلك الآخرين للخطر، على سبيل المثال في حوادث السير، فإنه لا يتم التعرض في ألمانيا لسوء استهلاك الكحول كما ينبغي. فقد أخفق التحريم المطلق في الولايات المتحدة الأمريكية. وعلى ما يبدو فإن أفضل طريق لمنع سوء استهلاك الكحول من خلال مكافحة الأمراض النفسية التي «يعالجها» مرضى الكحول بالكحول.

وتتم مناقشة وجود عامل جسدي ووراثي على شكل استعداد لسوء استهلاك الكحول، إلا أن العوامل النفسية مؤكدة. وللأسف يأتي كثير من الناس الذين يشربون الكثير متأخرين إلى العلاج النفسي، لأنهم يخبئون مرضهم بالكحول ويهونون منه. والدافعية للعلاج غالباً ما تنشأ عندما تظهر صعوبات في الأسرة وبشكل خاص في العمل. ولكن حتى مرضى الكحول يمكن شفائهم من إدمانهم بحيث يعودون قادرين على إدارة حياة طبيعية، شريطة ألا يعودوا للكحول ثانية. أما الهدف العلاجي المتمثل في إمكانية التناول المراقب للمشروب فيعتبره غالبية مرضى الإدمان هدفاً وهمياً.

وغالباً ما يفشل الأقارب في مساعيهم نحو حفز مريض الكحول للعلاج النفسي. وعليهم الحصول على المساعدة من المتخصصين. وأحياناً تساعد مجموعات المساعدة الذاتية لأقارب مرضى الكحول. وقد وينفع أحياناً أن يجري قريب مرضى الكحول، على سبيل المثال الزوج أو الزوجة، العلاج، ليس من أجل استمداد القوة من أجل التمكن مع التعامل مع مريض الكحول فحسب وإنما من أجل إيجاد إلى أي مدى سلوكه هو يحافظ على استمرارية مرض الكحول بشكل غير مدرك ويجعله ثابتاً.

العقاقير غير القانونية

على عكس الكحول لا يمكن تناول ما يسمى بالعقاقير القاسية بشكل مراقب. لهذا فإن «تجريب» العقاقير القاسية خطير. ويمكن للحشيش أو الماريوانا أن تكون عقاقير صعود للعقاقير غير القانونية، وكذلك للكحول أيضاً.

ولا يمكن عزو الأضرار الاجتماعية من خلال استهلاك العقاقير القاسية، كما هو الحال في الكحول إلى تأثيرات العقار لوحده. فهي أيضاً عاقبة لجرائم الحصول على العقار. فالعقاقير غالية الثمن ولا يمكن تأمين الأموال للحصول عليها إلا من خلال المتاجرة بها (توزيعها) والسرقة والنشل والدعارة. ومن هذه الناحية تمتلك البرامج التي تستبدل الهيروين على سبيل المثال بالميثادون فرصة إلى حد ما. إلا أنها ما زالت على مستوى العالم في مرحلة التجريب. ولا يمكننا شفاء كل مرضى الإدمان، ولكن الكثير منها بحيث تكون المساعي العلاجية مبررة. وبما يشبه الكحول فإنه من الضروري مكافحة الحالات المسببة، التي يتم «علاجها» من مرضى الإدمان بالطرق غير الملائمة من العقاقير. إلا أن الفرق عن الكحول يكمن كما أشرنا بأن مجرد التجريب يمكن أن يقود إلى الإدمان. ويقوم التناول اللاحق للعقار بعدئذ من أجل «علاج» أعراض السحب[1].

وكما هو الحال لدى مرضى الكحول غالباً ما يجد الكثير من المدمنين بالعقاقير الطريق نحو العلاج بشكل متأخر جداً على الأغلب. وغالباً ما يدرك الأقارب في وقت مبكر أن هناك شخص يدمر نفسه ويلحون على المريض بالإدمان للجوء إلى العلاج. إلا أن الخطوة الفعلية غالباً ما لاتكون واعدة بالنجاح. لهذا على الأقارب استشارة المتخصصين. وأحياناً تكون مجموعات المساعدة الذاتية مفيدة لأقارب المدمنين.

(1) لا يعود المريض يتناول العقار من أجل الحصول على المتعة الموهومة، وإنما من أجل تجنب الأعراض المزعجة الناجمة عن حاجة جسمه للعقار، والتي تسمى أعراض السحب.

الباب الثالث

الأعراض الجسدية

مخاوف المرض

تعد الأمراض الوهمية نادرة إلى حد ما. فعندما يخاف مريض ما من أنه قد يكون لديه مرض خطير (كالإيدز، والسرطان، والاستعداد للذبحة القلبية وتصلب الشرايين) فإنه غالباً ما يتم تفسير ذلك بأن المريض يفسر بعض الأحاسيس الجسدية المزعجة على أنها صورة مرضية ما، كان قد سمع أو قرأ عنها. وبالفعل غالباً ما نجد اضطراب جسدي وظيفي لا معنى له. والتشتت يكمن في أن المريض يقوم بعملية تصنيف خطأ للأعراض التي يشعر بها ضمن صورة مرضية معينة: فهو يعتبر الاضطرابات الوظيفية التي تعبر عن نفسها في الأحاسيس الجسدية بأنها علامات مرض ما. وبعض المرضى الذين يعانون من مشاعر قلق محددة يبحثون عن شيء ما، يخافون منه بالفعل. وأحياناً يجدون هذا في الخارج، على سبيل المثال في الأحداث المخيفة للسياسة والاقتصاد، وأحياناً يجدون سبب الخوف في ذاتهم هم، في أحاسيسهم بالتحديد، التي يربطونها مع الخوف الموجود بالأصل. وأحياناً يسبب القلق (الخوف) أيضاً أحاسيس جسمية التي يتم عندئذ تفسيرها بشكل خطأ كسبب للخوف؛ غير أنها في الواقع هي عاقبة للخوف.

وطلاب الطب بالتحديد يغلب لهم أن يخافوا من أن يصابوا بالأمراض التي يتعرفون إليها في أثناء دراستهم. غير أن هذه المخاوف المرضية غالباً ما تكون سطحية في العادة.

أما المخاوف المرضية الدائمة فتمتلك أسباباً داخلية؛ فيتم تجسديها من خلال المعلومات حول المرض

والناس الذين يعانون من مخاوف مزمنة غالباً ما يمتلكون مخاوف مرضية مزمنة. ولا يمكن بشكل عام القول فيما إذا كانت هذه المخاوف المرضية ممكنة العلاج بالعلاج النفسي. فعلى المعالجون النفسيون أن يقرروا ذلك في كل حالة فردية على حدة. فالعائق الأكبر للعلاج النفسي لدى هؤلاء المرضى أنهم غالباً ما يتمسكون بإصرار بالأسباب الجسمية لشكاواهم، ويضايقهم الأمر إذا ما عبر الإنسان لديهم عن أنه من الممكن أن تكون هناك أسباب نفسية مشاركة. فيتولد الانطباع لديهم بأن شكاواهم لا تؤخذ على محمل الجد. ومشكلة أخرى تكمن في أن المرضى الذين يخشون من كونهم يعانون من مرض جسدي، يلجئون بداية للأطباء، المؤهلين بالأصل كأطباء جسديين وغير مؤهلين كثيراً للتعامل مع الاضطرابات ذات المنشأ النفسي. ويصعب على مثل هؤلاء الأطباء إقناع مريض يعاني من مخاوف المرض الجسدي حتى من خلال الفحص الجسدي المسهب الذي لا يتم فيه استنتاج وجود أي شيء، بإمكانية استشارة المعالج النفسي. والحالات المزمنة من مخاوف المرض تصبح صعبة العلاج أو حتى غير قابلة للعلاج النفسي على الإطلاق. لهذا يقدر كثير من أطباء الجسد فرصة استفادة مثل هؤلاء المرضى من العلاج النفسي بأنها سيئة. وكما أشرنا فإن فرصة العلاج النفسي لدى المرضى الذين يعانون من مخاوف المرض فد تكون مختلفة.

ويمكن أن يحصل إزمان لمخاوف المرض من خلال أن المريض قد فحص نفسه فحصاً جسدياً من طبيب، وعرف بأنه لا يوجد لديه شيء، من دون أن يتم نصحه باللجوء لمعالج نفسي. ولكن بما أن المرضى يعانون من شكاوى جسمية، ويعزون هذه الشكاوى لمرض خطير، فإنهم يحاولون مع طبيب آخر الذي ربما يجري فحصاً أدق وبشكل أفضل وربما يجد شيئاً. وبما أن هذا لا يحصل فإنهم يذهبون لطبيب ثالث وهكذا. وغالباً ما يستشير هؤلاء المرضى خلال خمس أو عشر سنوات عشرات الأطباء. وأحياناً يتم إدخالهم للمستشفى للفحص، مما يسبب المصاريف العالية للضمان الصحي ومن ثم للعموم. ويمكن تخفيض هذه المصاريف من خلال التعاون الأفضل بين أطباء الجسد والمعالجين النفسيين؛ ويمكن تجنب الكثير من المعاناة الفردية. وبعض الأطباء

يجعلون نتيجة ما ظهرت معهم بالصدفة مسؤولة عن الشكاوى، في عصاب القلب على سبيل المثال انسدال الصمام التاجي Mitral Clapp Prolapse وهو شذوذ تكثر ملاحظته، لا قيمة مرضية له.

أعرض الجسد:

التمثل الثانوي

الأعراض الجسدية التي لا يوجد لها سبب جسمي ولا تتراجع من تلقاء نفسها، تسبب القلق للمريض وتدفعه لمراجعة أطباء كثر على أمل إيجاد سبب شكاواه – وبشكل خاص وبشكل خاص عندما تظهر الشكاوى الجسمية في محيط القلق، ولكن كذلك في الشكاوى الأخرى يتجنب كثير من المرضى الإرهاقات الجسمية والانفعالية. فقد يكون مرض خطير؛ فالعضو الذي تعزى إليه الشكاوى قد يضعف من خلال المرض. ويمكن للإرهاقات أن تزيد المرض سوءاً أو حتى تسبب الموت. عندئذ فإن المرضى غالباً ما يكونون متضررين في إمكاناتهم للعيش بشكل مثمر والاستمتاع بالحياة، من خلال سلوكهم الرعائي الحذر أكثر مما يكونوا متضررين بالأعراض نفسها. فمن خلال السلوك الرعائي غالباً ما يحصل بشكل ثانوي «فقدان اللياقة». وعليه فإنه من الممكن للشخص الذي يصون نفسه جسمياً أن يخرج عن طوره في أقل إرهاق، وبشكل خاص عندما لا يقيد استهلاكه للطعام طبقاً لذلك، وإنما يستمر بتناول الطعام كما كان سابقاً ولهذا يزداد وزنه.

الاضطرابات الوظيفية للأعضاء المنفردة

في التفاعل المركب للعمليات الجسمية التي يتم توجيهها من خلال الجهاز العصبي المركزي والهرموني يمكن أن تحصل اضطرابات من خلال التأثيرات النفسية. ويمكن لهذه الأعراض الجسدية ذات المنشأ النفسي أن تنشأ من خلال الإرهاقات المعاشة شعورياً، على سبيل المثال من خلال ما نسميه بإرهاقات الحياة اليومية. وهذه التأثيرات تكون

شعورياً قليلاً أو كثيراً. غير أنه هناك اضطرابات للوظائف الجسدية، تقوم على أساس تنشيط الصراعات اللاشعورية، التي تمت إزاحتها من الشعور إلى مجال عسير على الوعي.

ومن الصعب تجنب بعض الإرهاقات الخارجية. غير أن الإرشاد النفسي يمكنه أن يساعد في التعامل بشكل أفضل مع هذه الإرهاقات. أما تنشيط الصراعات اللاشعورية فيتم من خلال تنشيط الانفعالات اللاشعورية التي تقود أعراضها المرافقة الجسدية (ارتباطاتها) إلى اضطرابات جسدية.

ولدى بعض المرضى تكون استجابة الجسد للانفعالات الشعورية وغير الشعورية أشد مما هو الأمر لدى الآخرين. ويعتقد بأن مسؤولية ذلك ترجع إلى فروق بنيوية.

فإذا ما تعلق الأمر عند استجابة الجسد بالتعبير عن مشاعر معاشة بشكل شعوري (انفعالات ومزاج)، فإنه من الممكن عندئذ أن يتم التعرف على المشاعر على الأغلب، إذا ما وجه المريض انتباهه على مشاعره (على انفعالاته وأمزجته). ولدى كثير من المرضى الذين يعانون من اضطرابات في وظائف الجسد يحصل انزياح في الانتباه من النفسي إلى الجسدي. ومن السهل التعرف على أشكال التعبير الجسدية من المشاعر والأمزجة، إذ تحتل عندئذ في الخبرة مجالاً أوسع من المشاعر والأمزجة.

ولا يوجد أي عضو لا يمكن أن تصاب وظائفه. إلا أن الدورة الدموية والجهاز المعدي المعوي من أكثر الأعضاء إصابة.

ومن أجل إعطاء صورة عن تنوع الاضطرابات الممكنة أرغب هنا بتعداد بعض الاضطرابات الوظيفية.

وهنا تم التطرق لبعض الشكاوي التي عالجناها في هذا الكتاب:

المري حتى المعدة:

الشعور بوجود كرة في الحلق. الشعور بعدم القدرة على البلع الصحيح. ابتلاع الهواء الذي ينفخ البطن الغثيان والإقياء. فقدان الشهية. بطن عصبي متهيج

اضطرابات جهاز الهضم السفلي

الإمساك، الإسهال، إسهال مع إفرازات مخاطية.

اضطرابات التنفس

فرط تنفس، اضطرابات محسوسة ذاتياً للتنفس.

التنفس

شعور بالضيق لدى التنفس، صعوبة في التنفس؛ ضيق تنفس من دون تغيرات جسمية يمكن أن تفسر هذه الشكاوى.

اضطرابات وظيفية في الدورة الدموية

تسرع فجائي لضربات القلب (نوبات خفقان القلب paroxysmal Tachycardia)، عدم انتظام ضربات القلب من دون أسباب جسدية (كما هو الحال في تصلب الشرايين أو سوء استهلاك الكحول arterioscleroses, Nicotine abuses) اضطرابات تنظيم الدورة الدموية، التي تقود إلى الإغماء.

متلازمات الصداع الوظيفية

الشقيقة والصداع المتمركز في كلا النصفين والصداع التوتري.

اضطرابات تظهر في سياق أعراض أخرى، ولكن يمكن أن تظهر بشكل منعزل كذلك. كالأرق، ونوبات التعرق، ونوبات الجوع، والدوار، والقابلية السريعة للتعب، والارتجاف، والاحمرار، والبثور، وخفقان القلب المعاش ذاتياً بشكل شديد، وعدم الهدوء الداخلي والعصبية وجفاف الفم، ورفيف الجفون والاضطرابات الجنسية الوظيفية.

ومن **الاضطرابات الوظيفية الجسمية في مجال النساء** هناك اضطرابات الدورة الشهرية، السيلان من دون أسباب جسدية، الشعور بالحكة في الأعضاء الجنسية والمجال الشرجي من دون أسباب جسمية (وفي المجال الشرجي حتى مع الرجال)، بعض التغيرات الالتهابية في مجال الأعضاء الجنسية الداخلية، اضطرابات جنسية وظيفية.

شذوذات في الجلد

احمرار، تعرق متزايد، تغيرات حاكة في الجلد، من بينها أيضاً تقرحات جلدية حاكة.

الأنف والأذن والحنجرة

الشعور بوجود كرة في الرقبة، آلام أذن غير نوعية، طنين في الأذن، دوار، ألم في مجال الوجه، تقييد القدرة على السمع (فقدان السمع)، فقدان الصوت.

العيون والرؤية

اضطرابات في الرؤية، زغللة في العيون، صور مزدوجة، رؤية عائمة، عمى مؤقت.

الجهاز البولي

التهاب مزمن للبروستاتة، مثانة مستثارة (حاجة ملحة متكررة للتبول من دون التهاب)، تنقيط بولي، إفراغ غير كامل للمثانة، حاجة ملحة للتبول تظهر على شكل نوبات، كف التبول في الأماكن العامة، ألم عند التبول، احتباس بولي، اضطرابات جنسية وظيفية.

الأعصاب

ألم في الوجه، آلام في مجال العصعص من دون أسباب عضوية، عدم القدرة على الحفاظ على القدمين هادئتين (الرجل المهزازة)، شلل من دون أسباب جسمية، ضعف في العضلات، متلازمات ألم، وبشكل خاص صداع، دوار.

ويمكن للمتلازمات الوظيفية أن تستمر لفترة وجيزة وأن تشفى - إلا أنها يمكن أن تستمر لفترة طويلة أيضاً، ربما طوال الحياة ضمن ظروف محددة. فإذا ما تكرر تبدل الأعراض فلابد من تقويم المرض بشكل مختلف عنه عندما تكون العلامات ثابتة إلى حد ما. ولا تحتاج الأشكال التي تشفى لوحدها إلى علاج بشكل عام. والخوف الذي

يظهر عندما تسبب الأعراض الجسدية غير القابلة للتفسير القلق للمريض، يمكن أن ينضاف هنا كعامل مسبب للمرض. وأحياناً تعبر الأعراض الجسمية الوظيفية بشكل رمزي عن صراع؛ إلا أنه غالباً ما يتعلق الأسلوب الذي يستجيب فيه الإنسان للإرهاقات النفسية بالعوامل البنيوية. عندئذ يقول المرء «معدته ضعيفة» أو «قولونه ضعيف»....

وغالباً ما تظهر المتلازمات الوظيفية كأعراض مرافقة للقلق (ارتباطات القلق anxiety correlate) وكشكل تجل وحيد للقلق (مكافئ القلق anxiety equivalent). فإذا ما تعلق الأمر بمكافئ القلق فإنه لا تتم معايشة القلق نفسه وإنما يظل لاشعورياً. المكافئ وحده هو الذي يكون ملموساً.

وبما يشبه الأمر في حالات الألم نفسية المنشأ يصعب في كثير من اضطرابات الجسد الوظيفية التمييز بين الإحساس الجسدي والانفعال أو المزاج عند المعنيين. ويمكننا هنا الحديث عن اضطرابات نمائية. إلا أنه للعوامل الثقافية دور. فبعض الناس على سبيل المثال من شمال أفريقيا يصعب عليهم موضعة (تحديد مكان localization) ألمهم. فإذا ما ظهر الألم في مكان ما فإنهم يشعرون بالألم في كل أماكن الجسد. وبما يشبه ذلك كلية يحصل لدى بعض الناس في إدراك الألم النفسي في الجسد فقط. فلا يتم هنا التمييز بين الألم الجسمي والألم النفسي.

ومن خلال الفحوصات المتكررة ومن خلال المعالجات غير الناجحة يمكن أن يتم تعزيز المرضى في القناعة بأنهم مرضى جسدياً. وبما أنه دائماً هناك خطر من إمكانية وجود مرض عضوي تم السهو عنه، يضطر الأطباء إلى إجراء الكثير من الفحوصات التي يتوقع مسبقاً لنتائجها أن تكون سلبية. إنها تفيد في استبعاد وجود مرض عضوي. لهذا لا يمكن للمرء الاستغناء عن توضيح جسدي جذري. ولكن عند وجود نتيجة سلبية لابد من إجراء فحص جذري لنفسية المريض.

هناك القليل فقط من الشكاوى الجسدية الوظيفية التي تشفى بشكل عفوي، أي

من تلقاء نفسها. وتبلغ نسبة الشفاء العفوي، بمعنى ألا تعود الأعراض للظهور تبلغ 10٪. فإذا ما اختفت الأعراض فإنه غالباً ما يحل محلها أعراض أخرى. إلا أن توقعات الحياة لا تتضرر من خلال الأعراض الجسدية الوظيفية.

وغالباً ما يصل المرضى بشكاوى جسدية وظيفية إلى حالة صعبة. فإذا ما لن يتم إيجاد ارتباط جدي لشكاواهم فإن بعض الأطباء المؤهلون تأهيلاً سيئاً بالأمراض النفسية يميلون إلى اعتبار الشكاوى على أنها «متوهمة». وحتى عندما لا يكون الحال كذلك فإن المرضى غالباً ما يمتلكون الانطباع بأن الطبيب لا يأخذهم على محمل الجد، أو يتهمهم بأنهم يتوهمون شكاواهم. وبالطبع فإن هذا هراء. فالشكاوى موجودة. ومن خلال طرق الفحص العصبي النفسي يحتمل تحديدها وتسميتها. إلا أن جعل النتائج موضوعية لا يقدم الكثير للعلاج. إلا أنه يتولد لدى المريض من خلال ذلك الانطباع بأن الطبيب أن يأخذ شكاواه على محمل الجد.

ولا يمكن للاضطرابات الجسدية المرتبطة بالبيئة مع وجود استعداد بنيوي مسبق محدد أن تختفي إلا إذا ما غير المرء من الاستعداد الجسدي، وهو أمر لا يتوفر في الوقت الراهن، أو إذا ما تم التأثير على العوامل البيئية. أما العلاج النفسي فيذهب في طريق ثالث: إنه يريد التأثير على طريقة التعامل مع العوامل البيئية.

لقد أصبح بعض المرضى الذين يعانون من اضطرابات جسمية وظيفية متواضعون في توقعاتهم من الأطباء. فهم غالباً ما يشعرون بالرضا إذا ما أخذهم الطبيب على محمل الجد في شكاواهم. وفي الواقع فإن هذا غير باعث على الرضا؛ إذ أنه من المرغوب باستمرار أن يؤثر الطبيب بشكل مباشر على الأعراض. إلا أنه غالباً ما لا يكون بالإمكان العلاج سوى للأعراض الجسدية، أي يتم علاج السطحي، علاج التعبير الجسدي للعرض. فإذا ما تم تناول الأدوية المغيرة للإحساس فهناك دائماً خطر التعلق المتزايد. ويمتلك المريض فرصة كبيرة إذا ما تمكن من التعرف على المشكلات في علاقاته وعالجها. فغالبية الاضطرابات الوظيفية الجسدية تختفي على الأغلب من تلقاء نفسها إذا ما تم علاج الصعوبات والأعراض الحاصلة في العلاقات.

لقد مضى الزمن الذي كان يسري فيه تعريف المرض في مجال الطب الجسدي على أنه التغيرات التشريحية. فهناك الكثير من المرضى، على سبيل المثال مرضى السكري الذين لا يوجد لديهم تغيرات في الأعضاء، ولا يمكن إيجاد تغيرات تشريحية لا بالعين المجردة ولا بالفحص الميكروسكوبي، إلا أنه يمكن لديهم برهان وجود اضطراب في وظائف الجسد، على شكل ارتفاع في سكر الدم. وكثير من الاضطرابات الوظيفية يمكن برهانها في أعراضها بشكل موضوعي، على سبيل المثال الميل الشديد للتعرق، ارتفاع في نبض القلب، عدم انتظام نبض القلب. وفي الشقيقة يمكن قياس تروية الشرايين الدماغية بشكل موضوعي في أثناء النوبة بشكل مختلف عما هو الحال بين النوبات. غير أنه توجد متلازمات ألم من دون اضطرابات وظيفية قابلة للبرهان. ويتعلق أمر عدم قدرتنا على برهان الاضطرابات بشكل موضوعي بعدم امتلاكنا لتلك الأساليب التشخيصية التي قد تمكننا من برهانها. وأجد أنه من الملفت للنظر أن الطب الجسدي غالباً ما يلجأ إلى تصورات أثرية قديمة (تشريحية، ليست قائمة على الوظائف) لبرهان المرض، عندما يتعلق الأمر بأعراض جسدية وظيفية.

الأعراض المرتبطة نفسياً للجهاز الحركي

هناك شلل مشروط نفسياً وحركات شاذة مرتبطة نفسياً. والشلل المرتبط نفسياً يمكن أن يطال الرجلين أو الذراعين. الحركات الشاذة المرتبطة نفسياً هي العرات (الحركات العشوائية أو غير الملحوظة، كصك الوجه، أو صك الذراعين، أو إزاحة الذقن أو كل الرأس) وبعض هذه الحركات العشوائية تتضمن رسالة، وبعضها الآخر ليس كذلك. فتحريك أو سحب كتف واحد ليس له أي معنى بالنسبة للآخرين، أما سحب الكتفين (صك المحور) فله معنى تعبيري. إلا أن سحب كتف واحدة يمكن أن يكون فضالة لسحب الكتفين معاً.

بعض الناس يشعرون أن يدهم أو رأسهم يرتجف على الرغم من أن الآخرين لا يلاحظون ذلك. ولدى آخرين يحصل في مواقف محددة على سبيل المثال أمام الجمهور،

ارتجاف واضح في اليدين، الذي يكشف التوتر. وربما يكون من المزعج لهم أن تتم مراقبتهم أثناء الطعام أو الشراب. وغالباً ما تكون نتيجة ذلك حصول الخوف من الارتجاف. وهنا يكون لدينا مجرى شبيهاً بمجرى الخوف من الاحمرار. والاحمرار أمر طبيعي وكذلك ارتجاف اليدين من التوتر. إلا أن الناس الذين يعانون من الخوف من الاحمرار يتجنبون الاتصال بالناس لأنهم يخافون من الاحمرار، وكذلك الناس الذين يعانون من ارتجاف اليدين يتجنبون الاتصال مع الآخرين لأنه يمكن لأيديهم أن ترتجف. وما كان بالأصل نتيجة يحتل مركز الصدارة.

بداية ينبغي فحص كل أشكال الشلل والحركات الشاذة والتحقق فيما إذا لم يكن لها أسباب جسدية. وبالطبع هناك شلل مرتبط جسدياً. ويوجد كذلك ارتجاف مشروط جسدياً، وغالباً ما يكفي فحص عصبي بسيط لتوضيح الأمر، إلا أنه أحياناً يكون منت الضروري استخدام أساليب فحص معقدة. بعدئذ لابد من البحث عن الأسباب الأخرى لاضطرابات الحركة من خلال العلاج النفسي.

تشنج الكتابة

تتشنج يد بعض الناس عندما يمسكون القلم ليخطوا به شيء. وأحياناً هم أشخاص تكون لهم علاقة ما بالمال ويمتلكون من حيث المبدأ إمكانية امتلاك النقود من خلال عملية الكتابة (موظفو البنوك، موظفو الحسابات). ولكن بما أنهم يمتلكون ضميراً أكثر صرامة من متوسط الناس الآخرين، فإنهم لا يستطيعون السماح لأنفسهم بالتخيل الذي يمتلكه موظفو البنك أو المحاسبون الآخرين في بعض الأحيان. –الخيالات التي تتمحور حول أنه من الممكن لهم في أي وقت امتلاك النقود.

وتشنج الكتابة يمتعهم من القيام بشيء كهذا. فإذا أردت أن تحفظ نقودك فابحث لنفسك عن شخص يعاني من تشنج الكتابة. فستكون النقود محفوظة لديه بأمان. وبسبب الأخلاق الصارمة لمرضى تشنج الكتابة فإن العلاج ليس سهلاً. ويفترض للعلاج أن يهدف إلى يعيش المريض رغبة امتلاك النقود لنفسه بشكل شعوري وأن

يقرر عندئذ ضد ذلك. وعليه فإنه ينبغي أن يتم السماح بداية للرغبة في الوصول إلى الشعور. فهناك تباعد بين المبادئ الأخلاقية والرغبات القائمة، التي تطفو على السطح عندما يتعامل الإنسان مع النقود.

وعلينا أن نفرق بين تشنج الكتابة وتشنج الضرب على الآلة الكاتبة (أو لوحة المفاتيح في الكمبيوتر). وهو اضطراب يظهر لدى السكرتيرات اللواتي عليهن كتابة ما لا يردن كتابته. وعدم الرغبة يمكن أن تتمحور حول محتوى ما عليها كتابته أو على الأشخاص الذين يأمرون بالكتابة كالمديرين أو الرؤساء على سبيل المثال.

وقد خمن المحللون النفسيون القدماء أن تشنج الكتابة قد يتعلق بالإشباع الذاتي. فقد شبهوا قلم الكتابة بالقضيب. ويعد هذا مثالاً جدياً عن التقدير المبالغ به بالعوامل الجنسية في نشوء الأعراض العصابية. إلا أنه لا يمكننا الاستبعاد كلية أنه في العصور التي تم فيها قمع الإشباع الذاتي بقوة، ربما كانت سبباً مرة في تشنج الكتابة. وأنا شخصياً لم أر بعد أية حالة من تشنج الكتابة ليس للمعني فيها أية علاقة مهنية أساسية مع النقود.

الألـم

مبدئياً يحتاج كل ألم توضيح تشخيصي جسدي. ومن الصعب توصيل المعرفة للجمهور متى يكون الألم غير خطير ومتى لا يكون كذلك. وحتى الألم الذي تبدو أسبابه واضحة ويبدو غير خطير، هو دائماً غير خطير: فهو يمكن أن يكون له سبباً ثان. والألم الذي يتراجع من تلقاء نفسه ولا يعود، يمكن أن يشير إلى معاناة كامنة خلفه. ولا يندر أن يتم إرجاعه بشكل خطأ لسبب آخر غير خطير. فأنا أعرف طبيباً قام بعزو ألم لديه ناجم عن ذبحة قلبية إلى العمود الفقري وقام بإجراء أرجحة لجسمه من أجل التخلص من الألم.

فإذا لم تقد الفحوصات الطبية إلى أي سبب جسدي للألم فقد تكون الأسباب

نفسية المنشأ. إلا أنه قد يحصل العكس، بأن يتم جعل نتيجة غير خطيرة ليس لها علاقة في الواقع بالألم، هي المسؤولة عن الألم.

الألم النفسي المنشأ هو ليس نوع من الألم «المتخيل». فله سبب حقيقي، إلا أن هذا السبب غير معروف للمريض. وخوف المرضى من أن الطبيب قد يشكك بهم بأن ألمهم متخيل إذا ما لم يجد سبباً جسدياً يلحق الأذى بعلاقة الثقة بالطبيب. وكثير من المرضى يذهبون ويراجعون عندئذ طبيب آخر على أمل أن يجد لديهم «السبب الحقيقي».

والتفريق بين حالات الألم الجسمية والنفسية لا يمكن تحقيقه بمطلق الثقة إلا من خلال ملاحظة المريض لفترة زمنية طويلة. والمرضى الذين يبدلون الطبيب مباشرة إذا ما لم يستطع مساعدتهم فإنهم يعيقون من خلال تبديل الطبيب التفسير التشخيصي. ومن ناحية أخرى يمكننا تفهم أن يقوم المريض بتبديل المريض إذا ما لم يساعده بعد فترة زمنية.

ليس كل ألم نفسي المنشأ قابل للشفاء من خلال العلاج النفسي. إلا أنه لابد من القيام بالمحاولة؛ على الأقل ينبغي توضيح الإمكانية العلاجية.

الصداع

يفترض أن يشكل الصداع إذا ما لم يظهر في إطار مرض معد أو بعد سوء استهلاك الكحول سبباً للفحص النفسي. ويستطيع المتخصص العصبي أن يستنتج من دراسة الحالة فيما إذا كان الألم غير خطير أم أنه عرض لعملية مرضية، يتطلب التوضيح.

وكثير من الناس يستجيبون على الضغوطات النفسية بالصداع على سبيل المثال. ويمكننا تصور ذلك على نحو أن جزء من المشاعر غير المرغوبة التي تظهر في الإرهاق النفسية، يتم كبتها، وتسبب استجابات جسدية. والشقيقة، أي الصداع النصفي، الذي غالباً ما يرتبط بالحساسية للضوء واضطرابات في الرؤية ترجع في جزء كبير منها إلى عوامل وراثية. والعلاج النفسي يمكن أن يساعد في أن يتعامل المريض مع المواقف المثيرة للنوبة

بحيث لا يعود يقمع المشاعر التي تظهر في هذا الموقف. عندئذ يمكن أن تصبح النوبات أندر وأخف أو تختفي كلية. إلا أن الاستعداد الوراثي يظل قائماً ويمكن توريثه للأولاد أيضاً.

وفرص العلاج النفسي في الشقيقة مجهولة بالنسبة لكثير من الأطباء. وعلى الرغم من أن بعض الأطباء يعرفون بأنه يتم إجراء العلاج النفسي في الشقيقة، إلا أنهم لا يعتبرونه مفيدا، لأنه قد اثبت أن الاستعداد للشقيقة موروث. وبالفعل فإن النصيب النفسي المنشأ في الصورة المرضية ضئيل جداً أو حتى غير موجود، ولدى آخرين قد يلعب دوراً كبيراً، ويمكن للمعني أن يصبح خالياً من النوبات من خلال العلاج النفسي. وبعض المرضى يخشون من العلاج النفسي لأنهم يخافون من التخلي عن الأدوية التي تقيهم من النوبات أو تخفف الألم عند النوبة. وفي الواقع كان هناك قديماً معالجون نفسيون يرفضون بالفعل أي نوع من الدواء في أثناء العلاج. أما اليوم فيميل المرء إلى التوليف بين العلاج النفسي والعلاج الدوائي.

وبعض الصداع يعزى لتوتر عضلات الرأس والكتفين. وهنا يفيد العلاج النفسي في كثير من الحالات ذلك أن توتر العضلات غالباً ما يعزى إلى توترات نفسية.

آلام الكتفين والذراعين

غالباً ما ينشأ الألم في مجال الكتفين والذراعين من خلال توتر عضلات الكتفين، الذي يقود إلى إرهاق لفقرات الرقبة وأحياناً إلى الضغط على الأعصاب الخارجة من فقرات الرقبة. ويمكن أن تظهر آلام شديدة، من دون أي تغيير في الفقرات العظمية للرقبة. وعلى الصورة الشعاعية لا يرى الطبيب عندئذ إلا وضعية متشنجة لعضلات الرقبة. وبالعكس يمكن أن تنشأ تغيرات عظمية من دون أن تظهر أية آلام أو شكاوي. وعلى ما يبدو فإن توتر العضلات أهم من حالة الفقرات العظمية للرقبة. وبالتوليف مع العلاج الفيزيائي يمكن للعلاج النفسي أن يكون مفيداً،لأن التوتر العضلي غالباً ما يكون تعبيراً عن صراع داخلي.

آلام الظهر

تعد آلام الظهر بنتيجة تشنج عضلات الظهر مثالاً نموذجياً للألم نفسي المنشأ في مجال الجهاز الحركي. فمن خلال توتر العضلات أو تشنجها يحدث انضغاط للفقرات وتحصل أعراض استهلاك. وأحياناً يحدث انضغاط للغضروف الواقع بين فقرتين. فإذا ما قاد التشنج العضلي إلى إلحاق الضرر بالغضاريف أو العظام أو للأربطة عندئذ ينشأ التشنج العضلي كنتيجة لهذا التضرر أيضاً. عندئذ غالباً ما يكون الأمر متأخراً من أجل العلاج النفسي. كما توجد أيضاً آلام ظهر عند وجود خلل في العمود الفقري بنتيجة نقص في التوتر العضلي أو ضعف العضلات. وهنا يمكن للعلاج الفيزيائي أن يساعد. وينبغي هنا للعلاج النفسي أن يحدث في وقت مبكر.

آلام القلب

ينبغي إجراء الفحص الجسدي لكل الآلام في القفص الصدري. فبعض الآلام في القفص الصدري يتم عزوها ذاتياً إلى القلب، على الرغم من أنها من منشأ مختلف. فالقلب هو العضو الداخلي الذي يعد من أكثر الأعضاء التي يتم إدراك نشاطها. فتسرع نبض القلب يمكن الإحساس به («كاد قلبي أن يقفز من صدري»). وبما أن القلب يخفق بشكل أسرع عندما يعاني الإنسان من الخوف ويتم إدراك ذلك فإنه من السهل ربط القلق والقلب مع بعضيهما. ويمكن أن يكون العكس أيضاً. فالسلسلة السببية المتمثلة في "شيء ما لدي ليس على ما يرام، لهذا أنا خائف"، وهو ما يظهر من خلال خفقان القلب، يمكن عكسها: قلبي ليس على ما يرام، لهذا يخفق بسرعة، وهذا الأمر يخيفني. كما يمكن لأجزاء معينة من الجسد المحملة بالرمزية أن ترتبط بالأشخاص بعلاقة رمزية («رأس الأسرة»، «قلب الأسرة»). وفي الغالب تتم مساواة الأم بالقلب. ولهذا فإن بعض الصراعات مع الأم التي تنتج مخاوف لاشعورية تنعكس على شكل آلام تتمحور حول القلب. والشيء نفسه ينطبق على الأشخاص الذين يتولون في حياة إنسان ما وظائف كانت في السابق من وظائف الأم.

وبما أنه كل إنسان يعرف أن القلب يتوقف عن الخفقان في حالة الموت فإنه غالباً ما يتم ربط آلام القلب مع إمكانية الموت بشكل عام.

ويمكن للعلاج النفسي أن يكون مفيداً إذا ما لم تكن الشكاوى الجسدية نابعة من أسباب عضوية. وغالباً ما يكون من الصعب اقتناع الشخص بأن شكاواه ليست عضوية، لأنه «يشعر بجسده» في حالة الخوف. فالقلب يخفق بسرعة بشكل ملموس. وكثير من الناس لا يتقبلون بسهولة أن النفسي ينعكس في الجسدي بشكل مثير للانطباع. وحتى عندما يفترضون مثل هذه الإمكانية، إلا أنهم غالباً ما يخشون أنه قد يكون هناك مرض عضوي لم يتم التمكن من التعرف عليه من خلال الفحوصات القائمة حتى الآن. فإذا ما لم يكن العلاج النفسي ممكناً فيمكن تحقيق التحسن من خلال الأدوية. إلا أنه ربما يمكن تحقيق الشفاء بالعلاج النفسي.

السمنة

يعرف كثير من الناس ذوي الوزن الزائد أنهم يأكلون، من أجل تخفيف القلق والهم. ففي السنوات الأولى من حياة الإنسان يتحدد تعامل الأم مع الطفل بشكل جوهري بتناول الطعام؛ وحتى لاحقاً عندما يتمكن الطفل من تناول الطعام بشكل مستقل، تقوم الأم أو من يقوم مقامها بتحضير الطعام وتقديمه للطفل. وبهذا فإن الطعام يولد الخيالات اللاشعورية على الأغلب من خلال ربطه مع الأم، حيث يمكن لاحقاً لمحلات المواد الغذائية أو المطاعم أو الثلاجة المنزلية أن تأخذ مكان الأم. والشبع يعني الأمان وألا يكون المرء متروكاً من الأم.

والعلاج النفسي لا يكفي لوحده في العادة في حالة وجود السمنة. فمن الضروري غالباً تقديم نصائح مباشرة لتناول الطعام. غير أن العلاج النفسي يمكنه التأثير على مشاعر الوحدة والقلق التي تقود للطعام. وفي حال كان التناول الكثير للطعام قد تحول لعادة، فلابد من إعادة التعلم. والأمر يشبه هنا اللجلجة، حيث أنه من المفيد في الحالات الشديدة ربط العلاج النفسي مع العلاج اللغوي.

ويرتبط الإفراط في تناول الطعام مع نوع من الإدمان، كالكحولية على سبيل المثال. فالكحولي «يعالج» الحالات المزعجة من المشاعر بالمدمنات، تماماً كما يفعل زائد الوزن مع الطعام. وبما يشبه الحال في مرض الكحول تحقق مجموعات المساعدة الذاتية نجاحاً جيداً، لأن ضغط المجموعة يتحد مع الأنا العاقلة لدى المريض. عندئذ يسهل التقليل من كميات الطعام. ويعد علاج التناول المفرط للطعام hyperphagy صعباً، لأن الشخص الذي يتناول الكثير من الطعام لا يستطيع التخلي عن تناول الطعام كلية كما هو الحال لدى الكحولي. والطعام المضبوط (المقنن) يشبه الشراب المراقب في الكحولية، الذي من المعروف لنا أنه صعب التحقيق، بحيث تخلت غالبية التصورات العلاجية عن الشراب المراقب كهدف علاجي. ومن ناحية أخرى فإن العواقب الاجتماعية للوزن الزائد أقل خطورة من العواقب الاجتماعية للكحولية المفرطة. إلا أنه يوجد ضغط اجتماعي كبير وبشكل خاص بالنسبة للنساء يمكنه أن يسهم بالتقليل من كمية الطعام أو لتناول الطعام والإقياء.

وبما يشبه الأمر في الكحولية فإنه في بعض الأحيان قد يكون لفرط تناول الطعام لدى السمان في مظاهره المستقلة طبيعة معاقبة للذات؛ وبما يشبه الحال في الكحولية تلعب على الأغلب مشاعر الخجل دوراً كبيراً. فالسمان يأكلون بشكل خفي، ليس لأنهم يخافون من أن يمنعهم المرء من تناول الطعام وإنما لأنهم يخجلون من التناول المفرط للطعام. إنهم يخجلون كذلك من وزنهم الذي لا يمكن إخفاءه. لهذا فهم غالباً ما ينسحبون من الناس.

ولا يتحدد تناول الطعام بالأسباب الداخلية فحسب، وإنما أيضاً بالضغط الاجتماعي من النوع العام. إذا غالباً ما يتم الطلب من الأطفال أن يأكلوا صحنهم كله، ويستمر هذا السلوك المتعلم لاحقاً كعادة. وبعض الناس يؤنبهم ضميرهم من أن يقوموا برمي بقية الطعام الذي لم يستطيعوا تناوله، وبشكل خاص في المطاعم. وبعض الناس يفكرون بالجياع في البلدان الأخرى، الذين تتم الإشارة إليهم من الأسرة إذا ما رفض طفل تناول طعامه، مع العلم أنه لن يصبح الإنسان الجائع في البلدان الفقيرة

أكثر شبعاً إذا ما التهم الشخص طعامه كله. كما يلعب دوراً بأن كثير من الوالدين يعبرون عن حبهم لأطفالهم من خلال تقديم الطعام أو الحلويات أو أنهم يواسون الأطفال بتقديم الحلوى لهم، عندما يكونوا حزانى.

ويؤيد التوليف بين إجراءات الحمية المبنية بشكل جيد والعلاج النفسي. فالحمية التنحيفية غالباً ما تترافق مع مشاعر القلق أو الاكتئاب-وكذلك المشاعر التي يحاول المرء «علاجها بالأكل». فإذا ما لم يتم اتخاذ أي إجراء معاكس لهذه المشاعر فإنه غالباً ما تحدث الانتكاسات نحو التناول الكثير للطعام. وبما يشبه الحال لدى مرضى القهام (الذين يعانون من فقدان الشهية العصبي) الذين يعتبرون أنفسهم بأنهم أسمن مما هم عليه بالفعل فإن السمان يعتبرون أنفسهم أنحف مما هم عليه بالفعل. فالصورة الذاتية للجسم لا تتطابق مع الواقع. ويمكن للأشخاص أن يعانوا من العواقب الاجتماعية لزيادة الوزن، إلا أنه يمكن إنكار هذه العواقب. وتتم في الوقت الراهن مناقشة الاستعداد الوراثي للسمنة إلا أنه مما لا شك فيه فإن العوامل النفسية المذكورة تلعب دوراً جوهرياً. وينبغي عدم اتخاذ حقيقة أن الحمية لوحدها (من دون العلاج النفسي) غالباً ما لا تقود الهدف المرغوب، حجة على أن السمنة مرتبطة بالوراثة لوحدها. وهنا لابد أولاً من برهان أن العلاج النفسي غير مفيد، وهو ما لا تؤيده الخبرات الإكلينيكية.

فرط الشهية للطعام (الضور)

فرط الشهية للطعام (الضور) أو الشره المرضي عبارة عن صورة مرضية تتصف بنوبات من تناول كميات كبيرة من الطعام، ما يسمى نوبات افتراس. وغالباً ما يتم إقياء الطعام ثانية. والصورة المرضية لا تلاحظ إلا لدى اليافعات البنات تقريباً. ويتم الحفاظ هنا على وزن الجسد ضمن مجال النحافة في العادة. ولا يحدث تنحيف شديد كما هو الحال في فقدان الشهية العصبي (القهام)، حيث تحدث هنا كذلك نوبات افتراس مفرطة، وإقياء في الختام. فمريضات الضور هن على الغالب نحيفات، ولكنهن لسن هزيلات. فمن خلال الأكل يتم التخفيف من التوتر الداخلي ومن خلال الإقياء يتم

تجنب زيادة الوزن. ولكن في بعض الأحيان يعاش الإقياء وكأنه نوع من عقاب الذات. والنساء مفرطات الشهية (الضورات) غالباً ما يخجلن من ضورهن ويخفين ذلك.

أما التأثيرات السلبية على الصحة الجسدية فهي أقل مما هو الأمر لدى فاقدات الشهية. إلا أنه قد تحصل من خلال الحمض المعدي الناجم عن الإقياء أضرار في الأسنان وفي الحالات المتطرفة إلى خلل في الأملاح المعدنية في الدم، مما يعرض وظائف الدورة الدموية للخطر. والعلاج النفسي مفيد في كل الحالات. غير أنه على المريضات أن يتجاوزن حدود الخجل التي تجعل من الصعب عليهن اللجوء للمساعدة النفسية.

فقدان الشهية العصبي (القهام)

يظهر فقدان الشهية العصبي على الأغلب في المراهقة (قهام المراهقة)، غير أنه يوجد قهام يظهر للمرة الأولى في العشرينيات. وغالبية الذين يعانون من فقدان الشهية العصبي هم من الفتيات أو النساء.

في فقدان الشهية العصبي (القهام) يتم تقييد تناول الطعام من أجل تخفيض الوزن. وغالباً ما يتم استخدام المسهلات: إذ يتم هنا السعي إلى إخراج الطعام من الجسم قبل أن يهضمه الجسم. وقد تحصل نوبات من الافتراس لكميات كبيرة من الطعام، والتي يتم إقيائها فيها بعد. وغالباً ما تنظر المريضات لأنفسهن بأنهن أسمن مما هن في الحقيقة، وفي الحالات المتطرفة ينظرن لأنفسهن بأنهن سمينات جداً، حتى لو كن «مجرد جلد على عظم».

ومن خلال الهزال الشديد يحصل تهديد للحياة، وبشكل خاص من خلال فقدان البروتينات وضمور الأعضاء الداخلية وحصول خلل في الأملاح المعدنية، وهو ما يؤثر على وظيفة القلب والدورة الدموية.

غالباً ما تشعر المريضات بفقدان الشهية العصبي بأنهن قويات ونشيطات، حتى مع فقدان كميات كبيرة من الجسد. فإذا ما لم تتم معالجة المرض، فقد يحدث الموت.

ويتعلق الأمر هنا باضطراب سلوك، والمساهمة النفسية بنشوء المرض كبيرة جداً. وما زال العامل الو راثي غير مبرهن.، إلا أنه يخمن وجوده. ويمكن جعل المرض يختفي كلية من خلال العلاج النفسي، بحيث تصل المريضة لوزن طبيعي ولا تعود تحتاج للصيام واستخدام المسهلات أو تناول كميات كبيرة من الطعام وإقيائها بعد ذلك. وهناك الكثير من النظريات المعقدة حول دوافع اضطرابات السلوك. وأي من هذه الدوافع يكون موجوداً فهذا لابد من فحصه في كل حالة على حدة، وأحياناً تتضح هذه الدوافع في مجرى العلاج. وكثير من النساء المصابات بفقدان الشهية العصبي يخشين من تبني دور السيدة الناضجة. ومن خلال سلوك التنحيف الشديد يجعلن الخصائص الجنسية الثانوية تختفي، وتختفي الدورة الشهرية. وكذلك الرجال المصابون بفقدان الشهية العصبي غالباً ما يخافون من تولي دور الراشدين.

أوجاع المعدة

جميعنا يعرف أنه من الممكن للإرهاقات النفسية أن «تنعكس على المعدة». فالناس المكتئبون غالباً ما يفقدون الشهية للطعام ويعزون ذلك لاضطراب وظائف المعدة. كما يمكن أن يعاني المرء من نوبات من الجوع الشديد تحت الإرهاقات النفسية. وبعض الناس يشعرون بامتلاء المعدة عند تناول كمية قلية من الطعام.

وأوجاع المعدة التي يكون فيها البطن حساساً للضغط في أماكن جسدية محددة يمكن أن يشير إلى وجود قرحة معدية أو قرحة الاثني عشري. أما الآلام التي يصعب تحديدها في المعدة مع حساسية منتشرة للضغط في البطن فغالباً ما تظهر في الإرهاقات الناجمة عن ضغوطات خارجية أو توترات غير شعورية. وعندئذ يتحدث بعض الأطباء عن معدة مضطربة، وآخرون يتحدثون عن التهاب مزمن لغشاء المعدة. ومن النادر لمثل هذه الشكاوى أن تظهر لوحدها أو بصورة مستقلة، فغالباً ما يعاني المعني من شكاوى أخرى في مناطق أخرى من الجسم، أو تقود إرهاقات بسيطة إلى أعراض جسدية، التي لا تظهر في العادة إلا في الإرهاقات الشديدة. فعلى سبيل المثال يخفق القلب بسرعة في

أقل الإرهاقات أو يتعرق الشخص المعني لدى أقل الجهود الجسدية. ونتحدث هنا عن عدم استقرار إعاشي. وأحياناً يبدي الجلد بقعة من الاحمرار أو يصبح أحمراً من أقل ضغط يمارس عليه. وأحياناً يحدث الإسهال عند بعض الناس وعند بعضهم الآخر الإمساك بالتبادل مع الإسهال.

وينبغي إجراء فحص جسدي لكل أشكال الشكاوى المذكورة. فإذا ما لم تقد إلى أية نتيجة فيمكن التفكير بالعلاج النفسي. وأحياناً تكفي بعض التعليمات لتغيير نمط الحياة. وغالباً ما تفيد الأدوية في معالجة شكاوي المعدة.

الإمساك

الإمساك عبارة عن عرض جسدي لا يظهر تحت الإرهاقات النفسية الحادة فحسب. إذ يمكننا القول أن الإمساك ينتمي لطبع الإنسان. وهذا يعني أنه يتعلق بالاتجاهات الأساسية للشخصية ولهذا فهو ثابت مع الزمن.

ومن النادر أن يظهر الإمساك المزمن لوحده. فغالباً ما نجد شذوذات سلوكية في التعامل مع النقود (بخل) أو مع الأشياء (عدم القدرة على رمي الأشياء). ويمكن استثارة الإمساك العابر من خلال الأغذية غير المألوفة (القليل من الألياف)، ولدى بعض الأشخاص من خلال عدم نظافة التواليت، ومن النادر أن تستثار من خلال الخارج فقط، وإنما من خلال صراعات داخلية كامنة.

ولا يتم التفكير بالعلاج النفسي في الإمساك إلا في الحالات المتطرفة. ذلك أنه يتم تفضيل العلاج الدوائي. ومثل هذا العلاج النفسي ليس سهلاً وليس قصير الأمد. وفي الحالات البسيطة من الإمساك المرتبط بالشخصية قد يلجأ المرء لتغيير أنواع الطعام التي يتناولها. والحالات المتطرفة من الإمساك أو القلق المتطرف من انتظام الخروج يمكن أن يقود إلى إساءة استخدام الملينات. فيحصل عندئذ اعتياد على المسهلات، بحيث يتم تناول كميات أكبر يمكن أن تؤثر بشكل ضار على أعضاء الجسد.

أمراض الإسهال

تعرف غالبية الناس أن الخوف قد يسبب الإسهال. فنوبات القلق (الخوف) نفسية المنشأ تترافق دائماً بالشعور بالحاجة للذهاب إلى التواليت. ويمكن اعتبار ذلك نتيجة للخوف أو القلق. غير أنه هناك خوف لا شعوري، يعبر عن نفسه بالإسهال. وبما أنه لا يمكن ملاحقة مشاعر الخوف اللاشعورية في أسبابها – وحتى في مشاعر الخوف الشعورية من دون سبب معروف فإن ذلك صعب في بعض الأحيان–، يستمر الخوف في تأثيره. ويحصل إسهال مزمن مع ذهاب متكرر لعدة مرات إلى التواليت. كما توجد كذلك حالة استثارة للمعي الغليظ، تسمى المغص المخاطي colica mucusa. حيث يتم طرح البراز عدة مرات في اليوم مع المخاط. ويتعلق الأمر هنا بصورة مرضية مزعجة، إلا أنها ليست متقدمة، يسهل علاجها بالعلاج النفسي بحق.

وعندما يظهر الدم في البراز فإنها ذلك يشكل دائماً سبب لمراجعة الطبيب. فإلى جانب السرطان، أو التهاب غير نوعي للبواسير كمصدر للدم يمكن أن يتعلق الأمر بالتهاب عميق مشكل لتقرح للمعي الغليظ (Colitis ulcerose)، والمرض المشابه الذي يصيب الأمعاء الرفيعة تطلق عليه تسمية مرض كرون Morbus Crohn. وعلى عكس المغص المخاطي فإن هذه أمراض خطيرة. فإلى جانب فقدان الدم الذي يمكن أن يقود إلى فقر الدم توجد مضاعفات أخرى: فالتقرح يمكن أن يخترق جدار الأمعاء، بحيث يحدث ثقب للأمعاء، ويمكن أن تتحول التقرحات إلى نوع من السرطان.

ويظهر تقرح المعي الغليظ ومرض كرون فقط عندما يكون هناك استعداد لذلك. وفي الوقت نفسه تتضمن في بعض الأحيان مركبات نفسية ضئيلة وأحياناً كبيرة. ويسير المرض على دفعات. ويمكن استثارة الدفعة من خلال الإرهاقات النفسية، من خلال الانفصال عن شخص مهم على سبيل المثال.

ويمكن للعلاج النفسي المولف مع العلاج الدوائي أن يؤثر بشكل ملائم على مجرى المرض. إلا أنه في بعض الحالات لابد من إجراء عمل جراحي على الرغم من العلاج النفسي.

مشاعر الدوار

قد يغلب ظهور مشاعر الدوار مع الخوف من الشوارع والمرتفعات. إلا أنها توجد كأعراض منفصلة. وغالباً ما يرتبط مع الشعور بالدوار الخوف من السقوط والإغماء. والناس الذين يخافون من الإغماء يشغلون بالهم بالطبع حول كيف سيكون حالهم في حالة الإغماء. تختلف نوعية المخاوف حسب الصراع الذي يسبب الأعراض. ومن المفترض بداية استبعاد السبب الجسدي. وغالباً ما يظهر الدوار النفسي المنشأ مترافقاً بأعراض أخرى. إلا أنه يوجد أيضاً دوار نفسي المنشأ يظهر بشكل منفصل. كما يمكن للدوار ذو المنشأ الجسدي أن يستثار نفسياً. وينبغي فحص الدوار الذي ليس له أسباب جسدية من قبل المعالج النفسي. أما في الدوار جسدي المنشأ المستثار بعوامل نفسية فينبغي إجراء معالجة جسدية بالدرجة الأولى.

التعرق

يمكن للتعرق الحاصل عند القيام بأبسط جهد أو من دون أسباب خارجية معروفة أن يظهر في التسممات المزمنة، على سبيل المثال عند سوء استهلاك الكحول. وغالبا ما يمتلك الميل الملفت للنظر للتعرق علاقة بالإرهاقات الخارجية والداخلية، حيث يمكن للأسباب الداخلية أن تتمثل بالصراعات اللاشعورية. ونادراً ما يظهر التعرف المنفصل. فغالباً ما يترافق التعرق مع خفقان القلب لدى أقل جهد جسدي أو نفسي. والناس الذين يعانون من مثل هذه الشكاوى يمكن أن يشيروا من بين الأعراض الجسدية والنفسية إلى الاكتئاب والخوف والتشاؤم وفقدان الأمل ونقص الثقة بقدراتهم الذاتية على مواجهة متطلبات الحياة (أنظر آلام المعدة وآلام القلب). ويمكن للعلاج النفسي هنا أن يكون مفيداً.

ضغط المثانة

يظهر ضغط المثانة (الحاجة الملحة للتبول) في مواقف الإرهاق. وغالباً ما يرتبط الموقف بالقلق. وليس من الواضح بعد فيما إذا كانت المثانة تتقلص بما تحتويه من البول أم أن إدراك مستوى السوائل في المثانة هو الذي يتغير. وفي كل الأحول فإن كمية البول الموجود في المثانة لا تكون متناسبة مع حجم الحاجة. فالحاجة الملحة للتبول تظهر عند وجود مستوى قليل من السوائل في المثانة، من دون أن يكون المعني مدركاً ما الذي قد يسبب له القلق. فإذا ما ظهرت الأعراض مرة أو اثنتين فإن الأمر لا يحتاج للعلاج على الأغلب، إلا إذا كان المعني يخشى بأن الأمر يمكن أن يتكرر بشكل غير متوقع. عندئذ يمكن أن يقوم بتجنب الأماكن التي لا يستطيع فيها العثور على تواليت قريب. فإذا ما ظهرت الحاجة الملحة للبول بشكل متكرر من دون سبب واضح، فلابد من إجراء فحص من طبيب المسالك البولية. فإذا ما لم يجد الطبيب أسباباً عضوية يمكن أن تفسر السبب، فيمكن عندئذ التفكير بالعلاج النفسي.

الدورة الشهرية، الحمل، الإجهاض، الإرهاقات من خلال الأطفال

يمكن لكل الشكاوى في سياق الدورة الشهرية والحمل أن تكون ذات منشأ نفسي. وغالباً ما تحدث تأرجحات في حالة المزاج في سياق الدورة الشهرية من نحو الاستثارة أو التعكر المزاجي. وبما أن الشكاوى تتكرر في فواصل زمنية منتظمة، فإن ذلك يجعل المرأة تتهيأ لهذا الأمر كأن تنظم عملها تبعاً لذلك على سبيل المثال. وبعض النسوة يعانين بشكل خاص من الارتباط بين الدورة الشهرية والأعراض الجسدية التي تظهر، لأنهن يعانين من مشكلة تقبلهن لأنوثتهن. وفي مثل هذه الحالات يمكن للعلاج النفسي أن يكون مفيداً.

وما يشبه ذلك ينطبق على الشكاوى الجسدية في فترة الحمل. ويتعلق عدد أو مقدار الشكاوى في فترة الحمل بالاستعداد الجسدي؛ إلا أن شدة الشكاوى تتعلق بالعوامل النفسية. إلى جانب ذلك هناك شكاوى جسدية لا تستثار بسبب التغيرات

الهرمونية في فترة الحمل وإنما تشير إلى وجود لصراعات في سياق الحمل. وما كان لهذه الشكاوى أن تظهر لو تم تقبل الحمل بشكل شعوري ولاشعوري.

وبما أن ولادة طفل تغير حياة المرأة جوهرياً وتربط المرأة بالطفل وتقيد إمكانية نشاطها المهني خارج البيت فإن غالبية النساء اللواتي يمارسن مهمة ومميزة يشعرن بالازدواجية مع العلم أنه يتم كبت التصورات السلبية والمشاعر إلى اللاشعور وتعبر عن نفسها على شكل أعراض جسدية. حتى النساء اللواتي مهنتهن ليست على درجة كبيرة من الأهمية ولا تحقق لها الاعتراف الكافي أو الدخل الكافي يفتقدن مهنتهن. فهن يفتقدن العلاقات البين إنسانية. فالمرأة تقضي غالبية اليوم في البيت مع الطفل لوحدها. عندئذ يتطلب الأمر مشاعر قيمة ذاتية مستقرة من أجل التخلي عن الاعتراف الذي يمكن أن تحققه لها المهنة.

وينبغي للمزاج المنقبض بعد ولادة الطفل أن يكون دائماً سبباً لاستشارة الطبيب النفسي أو المعالج النفسي.

ويعرف أطباء التوليد منذ زمن بعيد أن تعاون الحامل في أثناء الولادة لا يتعلق بالتحضير الملائم للحامل على الولادة لوحده وإنما يتعلق بالاتجاه نحو الطفل والشريك. وكثير يعتقد أن العوامل النفسية تؤثر على سرعة أو بطء انفتاح عنق الرحم عند الولادة. وعلى ما يبدو فإن البدء المبكر أو المتأخر للطلق يتعلق كذلك بالعوامل النفسية.

وغالبية النساء الحوامل يملن على أساس الصراعات مع الشريك إلى الانسحاب وإلى كبت الجوانب السلبية للموقف من الحمل.

ويمكن للعوامل النفسية اللاعقلانية أن تلعب دوراً في الرغبة في الإجهاض. ومن المؤكد أنه توجد مواقف حياتية تقرر فيها المرأة الحامل لأسباب منطقية الإجهاض، من نحو إذا ما كان الحمل سيعيق تأهيلها المهني على سبيل المثال. غير أن كثير من الإجهاض يتم لأن المرأة تخاف من التعامل مع الطفل إما بسبب الصراعات الكبيرة بين الأجزاء الأنثوية والذكورية لهويتها أو بسبب وجود تضرر عصابي في مشاعر قيمتها الذاتية.

ويتم تمثل الإجهاض بشكل بدرجات مختلفة. فبعض النساء يبقين منسجمات مع قرارهن بعد الإجهاض. ويتوقعن أن يحملن لاحقاً بطفل، أو تصور حياتهم يستبعد وجود أطفال آخرين في حياتها. ونساء أخريات يعانين بعد الإجهاض من مشاعر ذنب كبيرة بعد الإجهاض وبعضهن يأسفن على الإمكانات التي فقدنها من خلال الإجهاض- وبشكل خاص عندما يفقدن إمكانية الولادة لاحقاً. وإذا ما حصل لاحقاً حمل وعانت المرأة من مشكلات مع الطفل فإن غالبية النساء ينمين التصور المتمثل في أنه كان من الممكن للطفل المجهض أن ينمو بشكل أفضل.

فإذا ما تم الحمل وشعرت المرأة بأن الطفل يمثل بالنسبة لها إرهاقاً شديداً، فيمكن لهذا أن يؤثر على الرغبات الجنسية. وحتى لو استخدمت المرأة موانع الحمل فإن الجنس يرتبط بالنسبة للمرأة مع الحمل.

ولكن حتى الارتباط الشديد بالطفل المرغوب الذي ينمو بشكل جيد، يمكن أن يقيد من الرغبات الجنسية للمرأة. فبعض النسوة يرين أنه عليهن تركيز اهتمامهن وحبهن وميولهن على الطفل. فإذا ما وجهن اهتمامهن لرغبتهن الجنسية مع زوجهن فإنهن غالباً ما يخشين بشكل شعوري أو لا شعوري من إهمال طفلهن بسبب ذلك. وهذا ما يعبر عن نفسه لدى بعض النسوة بأنهن في أثناء الممارسة الجنسية يصغين باستمرار فيما إذا كان الطفل يقظاً ويبكي.

كثير من النساء يشعرن أنهن مرهقات من خلال رعاية الطفل والعناية به وتربيته. وبعض الإرهاق شعرن به في بيوتهن في أسرتهن الأصلية، لقد عشن تعامل أمهاتهن معهن ومع أخوتهن. وبما أن المعايير والمطالب في التعامل مع الطفل تتغير بسرعة فإن نموذج الأم المعاش في الطفولة لا يتلاءم على الأغلب مع الوقت الراهن. وكثير من النساء لا يردن لأمهاتهن وجداتهن أن يتولين أطفالهن، لأنهن يخشين بأنها لن تفعل ما تعتقد هي أنه صحيح بالنسبة للطفل. وغالباً ما يقود هذا زيادة إرهاق الأم لأنها لا تريد مساعدة أمهاتهن وجداتهن.

فإذا ما قام الأب بالتخفيف عن الأم في الرعاية بالأطفال، فإن هذا غالباً ما يترافق بسلبيات. إذا يمكن لهذا الأمر أن يلحق الضرر بالأسس المادية لنمو الطفل. عندئذ تتهم الأم الأب بأنه عاجز عن التخفيف من أعباء الأم وفي الوقت نفسه تحقيق النجاح المهني.

وعلى الرغم من أنه رعاية الأطفال كواجب مهم للأب مرغوبة جداً من الناحية الاجتماعية إلا أن احترام الرجل يتعلق بالنجاح المهني بشكل أقوى بكثيرٍ من توقع النجاح المهني للمرأة التي لديها أطفال. والمرأة متعلقة أكثر بالنجاح المهني للرجل بشكل أقوى من تعلق الرجل بالنجاح المهني للمرأة. وكون المرأة أماً جيدة قلما يرفع الأمر من قيمة الرجل. وبالعكس ترتفع قيمة المرأة إذا ما كان زوجها ناجحاً. ونتمنى لو كان الأمر مختلفاً. إلا أننا نناقش هنا الوضع القائم، وليس ما ينبغي له أن يكون.

وبالنسبة لبعض النسوة يؤدي المكان الذي يعملن فيه وظيفة أمومية-حانية. فالنساء يحصلن إلى حد ما على رعاية اجتماعية. فإذا ما تركت المرأة العمل فغالباً ما لا تجد في البيت شخصاً يرعاها؛ فتفتقد للرعاية الأمومية التي كانت تحصل عليها في العمل. وربما تتطلب عندئذ من الرجل أن يتولى عنها جزء من الأعمال المنزلية إلى جانب عمله. عندئذ يفترض من الرجل أن يتصرف كالأم. وهذا ما لا يفهمه كثير من الرجال. إنهم يصدون أي إرهاق إضافي للعمل. وعندما يقومون بتولي مسؤوليات في العمل المنزلي التي يمكن للمرأة أن تعيشها على أنها رعاية «أمومية» فإنهم يقومون بهذا على الأغلب بشكل غير إرادي ويشبهون في خبرة المرأة عندئذ الأم التي ترفض أطفالها.

ومن أجل فهم كثير من الصراعات في الحياة الزوجية فإنه من المهم أن يكون واضحاً أن كلا الشريكين يبحث في حياته عن «زوج والدي». وبالنسبة للمرأة فإن «الأب» هو في الأغلب الزوج، ولكن غالباً كذلك المدير في العمل. وبالنسبة للرجل فإن الزوجة هي الأم (وليس على سبيل الصدفة أن ينادي ثلث الرجال الألمان زوجاتهم «ماما»). وغالباً ما يجد غالبية الرجال الأب في المدير في العمل، ويعتبرون العمل كالأم والمدير كالأب. إلا أن الزوجة غالباً ما توجه اهتمامها في وظيفتها الأمومية للطفل وهو

ما يجعل كثير من الرجال غير راضين. ومع ذلك فهم في حاجتهم لأن يحظوا بالرعاية الأمومية أفضل من النساء اللواتي تخلين عن الأمان في العمل ولا يجدن في البيت أحد يرعاهن، إلا إذا كان الرجل مستعداً لذلك. وهؤلاء النسوة يستجبن بعدم الرضا وبمزاج مكتئب أو بالعدوانية على فقدان الرعاية الأمومية، التي من النادر أن يستطعن تعويضها كاملة من خلال الرجل، حتى وإن كان مستعداً للقيام بذلك وفعل ذلك عن طيب خاطر.

وينصح بالعلاج الزوجي في حال وجود مثل هذه الصراعات أو الصراعات الأخرى الناجمة عن أسباب أخرى.

كبح التبول (صعوبات التبول في التواليتات العامة)

يحصل كبح التبول في التواليتات العامة لدى الرجال بتكرار أكبر بكثير منه عند النساء. ويحصل هذا الأمر لدى الرجال في الأماكن التي ينبغي فيها التبول وهم واقفون. أما في المكان المغلق فلا يظهر هذا الأمر. فبعض الرجال لا يستطيعون التبول إذا كان هناك شخص ما يقف إلى جانبهم؛ وبعضهم الآخر يكفي تصورهم أن شخص ما يمكن أن يدخل وهم يتبولون.

فإذا ما ظهر هذا العرض بالارتباط مع أعراض أخرى تتطلب علاج نفسي فإنهم لا يذكرون هذا الأمر للمعالج النفسي. فكثير من الرجال يخجلون من هذا العرض. وبعضهم يعتبر الأمر غير مهم. إلا أن هذا العرض يمكنه أن يقيد من حرية الحركة لدى الرجال - وبشكل شديد جداً عندما لا يستطيعون استخدام التواليتات العامة على الإطلاق. وتتعلق الصراعات القائمة خلف الأعراض بالعلاقة بالرجال. فمن يعاني من صعوبة في التبول في التواليتات العامة عليه أن يفكر فيما إذا كان يعاني من منافسة مع الرجال. ونعرف من الأطفال الصغار أنهم يتبارون في التبول: فمن يستطيع أن يوصل ذلك لأبعد مكان يربح. وغالباً ما لا يتم إدراك أن الأمر يتعلق بموقف مشابه في التبول في التواليتات العامة، لأن المعني لا يقصد المنافسة بشكل شعوري. وبداية لابد

من فحص كل الصعوبات في التبول من قبل طبيب البولية من أجل استبعاد وجود مرض عضوي. فإذا ما تم استبعاد ذلك يمكننا أن نفكر بالعلاج النفسي.

الأعراض في مجال الجهاز البولي والجنسي

سوف نناقش الاضطرابات الجنسية في مكان آخر. وقد ترتبط الآلام غير المحددة عند التبول في الحوض عند الرجل بالتهاب البروستاتا من دون أن يتم التمكن من برهان وجود التهاب في البروستاتا. ويتعلق الأمر عندئذ باضطرابات وظيفية يمكن اللجوء فيها للعلاج النفسي والتي تستمر لفترة طويلة.

الأمراض المعدية والنفسي

تعرف غالبية البشر أن لديهم الاستعداد للعدوى إذا ما كانوا واقعين تحت «الإرهاق». فالمرض المعدي يحصل عندما تضعف قوى الدفاع الجسمية، فلا تستطيع عندئذ قتل مسببات المرض. إلا أن الأمر يتعلق أيضاً بكمية مسببات المرض التي تتمكن من الدخول للجسم. فعند وجود جائحة أنفلونزا حقيقية فإن احتمال الإصابة الأنفلونزا أكبر مما لو تعلق الأمر بأشخاص منفردين يتعامل معهم المرء. فالأمر إذاً يتوقف على كمية تعرضه لمثيرات المرض ولكن إلى جانب ذلك أيضاً بمدى شدة تعرضه للمثيرات المرضية. فالإنسان قد يصاب بالعدوى بشكل أسرع إذا ما عطس الآخر مباشرة في وجهه أو إذا ما سلم على الشخص المريض باليد.

كما يتعلق مجرى المرض بالحالة الجسمية، التي تتأثر من ناحيتها بالحالة النفسية. فعندما كان مرض السل منتشراً في ألمانيا مرض جميع الناس تقريباً به. ولكن لدى غالبية الناس سار المرض بشكل خفيف وسبب لهم مناعة. لهذا كان يتم منع الأطباء الذين لم يمروا يمرضوا في طفولتهم بالسل من الاقتراب من المرضى الذين يعانون من السل. ويبدو أن قوى الدفاع لدى الأطفال واليافعين ضد الربو أشد بكثير من الراشدين. إذ أنه إذا ما أصيب الراشد بالسل فإن مرضه غالباً ما يكون أشد.

ويبدو أن تأثيرات النفس على الاستعداد للأمراض المعدية تحدث عبر ما يسمى بجهاز المناعة، أي عبر منظومة دفاع الجسم ضد مسببات المرض.

وكثير من الأمراض المعدية تسير بشكل أبسط إذا ما انسحب الشخص عن حياة العمل المسببة للإرهاق والذي يعيق من جهته عمل جهاز المناعة. وهذا على ما يبدو هو تأثير الاستلقاء في السرير والراحة. فمن يستلقي في السرير ولا يتطلب من نفسه مواجهة متطلبات الحياة اليومية ولم يعاني من الهم فإنه قلما يقع تحت الإرهاق.

وبعض البكتريا موجودة في كل مكان، ولا تسبب الأعراض إلا عندما تتراجع قوة مقاومة الجسم. وبشكل خاص مرض القوباء (مرض جلدي Herpes) المصاب بعدواه كثير من الناس، إلا أنه لا يظهر على شكل داء المنطقة. كما أن العدوى بالفطريات في الأعضاء الجنسية الأنثوية غالباً ما لا تظهر إلا تحت الإرهاقات الجسدية أو النفسية، على الرغم من أن الفطريات واسعة الانتشار. كما أننا نلاحظ أن الناس الذين يتمتعون بصحة جيدة لا يصابون بالأنفلونزا حتى ولو عانوا من القليل من الزكام. ويمكن للعلاج النفسي أن يكون مفيداً لدى الأشخاص الذين يمتلكون استعداداً مزمناً للأمراض المعدية.

العلاقات والأعراض الجسمية

تتضرر العلاقات الإنسانية من خلال الأعراض الجسدية الوظيفية بطريقة شديدة التنوع. فبعض الناس الذين يعانون من أعراض جسدية يتجنبون أي سبب للنزاع، لأن جسدهم يمكن أن يرهق من خلال المشاعر، التي يمكن أن تظهر من خلال النزاع، كالمشاعر العدوانية أو مشاعر التأذي على سبيل المثال. لهذا فإنه غالباً ما يتم استبعاد التوضيحات الضرورية في المجالات البين إنسانية إلى أن يصبح الأمر متأخراً. ومرضى آخرون يطالبون الناس الذين يتعاملون معهم بمراعاتهم بشكل خاص: فإذا ما لم تتم مراعاتهم بشكل خاص فإن قلبهم سيتوقف، أو يمكن أن يصابوا بالقرحة المعدية. ومن خلال مطلب المراعاة فإنهم يسببون إما أن يبتعد عنهم الناس أو يصبحوا عدوانيين أو

أنهم على الرغم من استجابتهم لحاجات المراعاة فإنهم يطالبون لأنفسهم بالمراعاة والاهتمام أيضاً. فهم على سبيل المثال يطالبون لأنفسهم بالمراعاة والاهتمام الذي لا يستطيع المريض بأعراض جسدية أن يعطيه عندئذ.

وفي بعض الأحيان يتفق المريض ومحيطه على ترتيب يحصل فيه كل شخص تقريباً على ما يتوقع الحصول عليه مما يتوقعه من الآخر أما الثمن فيتمثل في تقييد إمكانات الحياة، ليس بالنسبة للمريض وإنما للمحيط. ويتم تقبل هذا التقييد من الشخص المرجعي بشكل خاص عندما يتناسب مع ميوله، على سبيل المثال تلك الميول المراعاة والاهتمام المكثف المقيد للذات. ومثل هذا الميل التمريضي يمكن أن يكون تقديمه كسبب إذا ما كان المرء عاجزاً عن المخاطرة لتجريب إمكانات حياتية أخرى. فتبقى على سبيل المثال بعض البنات لدى أمهاتهن المريضات لأنهن في الواقع يخفن من خطر البحث عن الشريك ومن أن يقمن علاقة. وعندئذ تكون حاجة الأم لابنتها حجة من أجل تبرير عدم القدرة على القيام بالمخاطرة.

ومثلما هو الحال في كل مرض آخر يمكن أيضاً لأعراض الجسد التي ترجع إلى صراعات لا شعورية أن تفيد في صد المطالب التي يطرحها شريك العلاقة. ولعل الصداع الذي يستخدم حجة لعدم التمكن من الممارسة الجنسية ير مثال على هذا. فعند التفكير بالجنس غير المرغوب يمكن أن يظهر على سبيل المثال الغضب، الذي يعبر عن نفسه بالفعل من خلال الصداع. فالصداع ليس «متوهماً» هنا. وهو يوفر على المرأة أن تقول لا بوضوح، بأن الجنس الآن أو مع هذا الشريك أو الشريكة غير مرغوب، كما أنه يوفر أيضاً التعامل مع الغضب أو الخيبة التي يعبر عنها عندئذ المصدود. وهنا أيضاً تتيح الأعراض الجسدية تأجيل الوضوح في العلاقة وبالفعل يتقبل كثير من الناس عندما يعاني الشريك أو الشريكة من الصداع أكثر مما لو لم تكن لديها (يكن لديه) رغبة على ممارسة الجنس معه (معها). ويمكن أن يمتد هذا إلى درجة أن الشريكين لا يعودان يعرفان كيفية الحوار مع بعضيهما إذا ما ظهر صراعا في الاهتمامات؛ وربما لم يتعلما أبداً ذلك. عندئذ فهما يضيعان فرصة تعلم ذلك في علاقة ثابتة.

فإذا ما تزايدت صراعات الاهتمامات وأصبحت غير قابلة للتجاوز لأنه يتم تجنب المواجهات التي كان يمكن لها أن تقود إلى حلول معقولة لا يظل لهما ضمن ظروف معينة إلا الانفصال.

وقد يكون هذا لبعض الأزواج الحل الأمثل بدلاً من تقييد إمكاناتهما الحياتية وبدلاً من أن تحتل الأعراض الجسدية لدى أحدهما أو كليهما مركز عواقب المراعاة وواجبات رد الجميل.

الباب الرابع

الجنسية

اضطرابات الرغبة الجنسية

يمكن للغضب من الشريك أو الشريكة أن يقلل من الرغبة الجنسية. وتوجد اضطرابات عابرة من هذا النوع تظهر في كل علاقة تقريباً وتستمر لفترة قصيرة، إلا أن الاضطرابات التي تستمر لفترة طويلة ولا تختفي من تلقاء نفسها تحتاج إلى المساعدة العلاجية. وهذا ينطبق بشكل خاص على الغضب، الذي لا يكون شعورياً أو يكون شعورياً بشكل جزئي فقط. وبشكل عام فإن التأثير العلاجي على الكف المستمر للرغبات الجنسية غير المرتبطة بشريك واحد فحسب وإنما بكل الشركاء المحتملين أصعب مما هو الأمر في الاضطرابات الجنسية الأخرى. والتنبؤ يكون أفضل عندما تكون الرغبة الجنسية كانت موجودة وتمت معايشتها وتراجعت فيما بعد.

فغالباً ما يكون الأمر مرتبطاً بالعلاقة التي كانت قائمة عند اختفاء الرغبات الجنسية. أما كيفية حدوث أمر كهذا فهو ما لا يمكن توضيحه باختصار هنا. وأريد هنا أن أقول بشكل عام جداً، بأنه ليس بالضرورة أن يظهر تناقص الرغبات الجنسية في حال وجود صراعات زوجية. فبالنسبة لكثير من الأزواج يظل المجال الجنسي هو المجال الوحيد الذي يكون على ما يرام. إذ يتم دائماً تثبيت العلاقة من خلال الممارسة الجنسية. وهناك أزواج آخرون متفاهمون بشكل جيد إلا أن المجال الجنسي بينهما ليس على ما يرام. والصراعات غالباً ما توجد عندما تحدث عدم الرغبة لدى واحد من الشريكين. وإلا يمكن للأزواج أن يعيشا لسنوات طويلة من دون جنس، ومن دون أن يشعر الزوجان بأن شيء ما ينقصهما. وكثير من الأزواج يعتبرون الجنسية من الماضي «في أيام شبابنا».

وغالباً ما يرتبط اختفاء الرغبات الجنسية لدى المرأة بولادة طفل جديد. فالمرأة تعاني عندئذ من صعوبات في عدم انسجام دورها بين أن تكون أماً وزوجة. كما يحتمل أن المرأة لا تستطيع توجيه عاطفتها إلا لإنسان واحد. وهنا نتحدث عن التثبيت الثنائي. فهي تتصور أن المشاعر المكثفة لا يمكن الشعور بها إلا مع إنسان واحد، وفي هذه الحال هو الطفل. وعندما يصبح الطفل أكبر تعود الرغبات الجنسية ثانية على الأغلب؛ غير أنه في بعض الحالات لابد من العلاج النفسي.

وأخيراً يحتمل أن يكمن سبب اختفاء الرغبة الجنسية ما يسمى تحريم غشيان المحارم. فالنساء المرتبطات بشدة بالأب، يهبن على الأغلب من الشريك الغريب، القادم من ثقافة أخرى ومن الممكن أن يبدو مختلفاً عن الأب الحقيقي. فإذا ما لم تكن الفروق في الثقافة لا تسبب المشكلات، تكون هذه العلاقات في كلانيتها ثابتة. وبعض النساء لا يستطعن أن يعشن الجنسية مع أزواجهن إلا خارج المنزل، وكذلك لدى الرجل المثبت جداً على أمه. «فرجل في البيت» أو «امرأة في البيت» هي سمة من سمات الأب أو الأم. فالمرأة (أو الرجل) تعيش (يعيش) زوجها (زوجته) كالأب أو الأم مما يولد غشيان المحارم.

وغالباً ما يحصل نزاع عنيف بين الزوجين من أجل إفهام الآخر ولكن أيضاً نفسيهما لماذا لا يريدون النوم مع الشريك الآخر. عندئذ يتم عزو اختفاء الرغبات الجنسية إلى النزاع. غير أن هذا يصح بالنسبة للأطوار المتأخرة عندما ينمي النزاع ديناميكيته الخاصة تتجاوز ما كان يفترض له أن «يبرره». وفي كل الأحوال ينبغي بحث فرص العلاج النفسي.

اضطرابات الوظائف الجنسية

يتعلق ما تطلق عليه تسمية اضطرابات الوظائف الجنسية بالتوقعات الاجتماعية. ففي العصر الذي كانت فيه جنسية المرأة «المحترمة» غير موجودة عملياً، أي في العصر الفيكتوري لم يكن الرجال والنساء يحتاجون للقلق بسبب عدم وصول المرأة للنشوة.

كما أن القذف المبكر Ejaculation praecox عند الرجال لم يكن يلفت النظر إلا إذا حدث قبل الإيلاج أو مباشرة بعد الإيلاج. ومع ذلك فإن باحث الجنس الأمريكي كينزي Kinsey اعتبر ذلك أمراً طبيعياً. بالمقابل يتم تعريف القذف المبكر في المراجع الأمريكية استناداً للمرأة إلى حد ما: القذف المبكر يكون موجوداً عندما لا يستطيع الرجل السيطرة على القذف إلى أن تصل المرأة للنشوة. - وهذا التعريف غير مفيد مثله مثل ذلك التعريف الذي يأخذ التأثيرات على المرأة بعين الاعتبار.

فإذا ما كان الرجل يستطيع السيطرة على منعكس القذف، وهو ما يمكن التدرب عليه، فإن ذلك يتم تقديره بشكل إيجابي في كثير من المجتمعات. ولكن هناك فرق فيما إذا كان الرجل يسيطر على منعكس القذف أم أنه ببساطة لا يستطيع ذلك.

وعلى الرغم من أن المرأة التي تتأخر لديها الرعشة سوف تسر في البداية من «الاحتباس» الطويل لشريكها؛ غير أنها سرعان ما ستلاحظ بأن شريكها لا يسيطر على نفسه، وإنما هو لا يستطيع غير ذلك - بأنه على سبيل المثال لا يصل للرعشة عندما تصل هي. وفيما بعد قد لا يعود الرجل يستثير المرأة بشكل أكبر مما لو كان يسيطر على منعكس القذف لديه. كما أن بعض النساء يشعرن أن السيطرة الإرادية على القذف صناعية ومن ثم تكون مزعجة لهم. ويشعرن أن التهيئة الطويلة قبل الممارسة أفضل على الرغم من أن ذلك قد يمتلك بالطبع جانباً مصطنعاً. ومثل هذه النسوة يشعرن أن التهيئة مليئة بالحنان إلا أنهن يرغبن أن يتخلى الرجل عن سيطرته عندما يصل للرعشة. وبعض النسوة يتمتعن عندما يكون الرجل قادراً على إطالة مدة جماعه وبشكل خاص عندما يشعرن أن الرجل يستمتع بهذا.

كما تلعب التقديرات الذاتية في تقويم الرعشة عند المرأة دوراً كبيراً. ففي حين اعتبرت الرعشة عند المرأة في العصور السابقة غير مهمة وغير مرغوبة، فإن المرأة تنادي اليوم بالحق في الرعشة وعلى الرجل أن يحققها لها. في حين أن بعض النساء يعتبرن أن الرعشة أمر غير مهم ويشعرن بالإزعاج إذا ما أصر الرجل على أن «يحققها» لها.

ويرجع ميل المرأة للرعشة البظرية أو المهبلية لأسباب بنيوية. ولم تعد اليوم رؤية فرويد المتمثلة في أن النشوة المهبلية هي الناضجة فقط مقبولة بالمطلق. بل أنه تم الادعاء لوقت طويل أن الرعشة المهبلية غير موجودة على الإطلاق، وهي مجرد اختراع للرجال. وبالفعل توجد رعشة مهبلية وهي تشعر بها المرأة بشكل مختلف عن الرعشة البظرية.

والنساء المكتئبات اللواتي يرغبن الارتباط بشدة بالشريك يملن للرعشة المهبلية، إلا أنهن لا يستطعن أن يعشن هذا إلا إذا كن متيقنات من أبدية العلاقة. وهؤلاء النسوة يبدين نوعاً من السلبية وغالباً ما يؤقلمن أنفسهن على التلقي أكثر من الفعل الناشط. والنساء الناشطات جداً في حياتهن، أقرب للميل إلى النشوة البظرية. وبعض النسوة يأخذن الأمر على أنه تعزيز لهن أو توكيد لكينونتهن كنساء عندما يهتم الرجل ببظرها؛ في حين تشعر أخريات بأن ذلك مصطنعاً وآلياً، أو أنهن يطرحن متطلبات مرتفعة على الكيفية التي ينبغي للرجل أن يفعل هذا فيها.

وبشكل عام يبدو أن المجريات الجنسية لدى المرأة سهلة الاضطراب مما هو الأمر لدى الرجل. فالمناطق الشهوية لا تتمركز في المجال الثانوي فقط، وإنما في مجال العضو التناسلي في عدة أماكن، في البظر والشفرين الصغيرين (وكذلك الكبيرين)، وفي المهبل وهناك في النقطة G[1] الفاعلة ليس لدى كل النساء على ما يبدو، التي ما زالت غير مبرهنة بشكل مؤكد، وفي الجزء الداخلي للمهبل المحيط بالرحم الذي يتم تحريكه أثناء الممارسة الجنسية من القضيب.

غالباً ما ترتبط الاضطرابات الوظيفية الجنسية بالقلق والعدوانية. فمن البديهي أنه

---

(1) هي نقطة في الجهاز التناسلي للمرأة تساعد على سرعة الوصول للنشوة الجنسية اكتشفها الألماني أرنست جرافنبرج في الخمسينات وهي تقع بأعلى الجدار الأمامي للمهبل تطلق عليها تسمية (جي سبوت) وهي في حجم القطعة المعدنية وحساسة للغاية للإثارة عن طريقة الملامسة المتكررة بالعضو الذكري وأثارتها المتكررة كفيلة لتحقيق الذروة الجنسية في النساء عند ممارسة العلاقة الزوجية – وبعض النسوة يجدن أن استثارة نقطة جي سبوت التي تقع بالجدار الأمامي للمهبل تعطي إحساسا أعمق بالرضا الجنسي.

يمكن للقلق أن يكبح الجنسية. فلدى غالبية الناس لا يمكن للجنسية أن تعاش كاملة إلا في أمان. إلا أنه هناك أيضاً أشخاص يستثارون بشكل خاص بالتحديد من خلال إمكانية أن يتم اكتشافهم في أثناء الممارسة الجنسية. ويرتبط هذا الأمر على الأغلب برغبات وخبرات محددة في الطفولة، لا يمكن التعرض لها في هذا المجال. ويبدو أن العدوانية أقل تقييداً للرجال من النساء. فالرجل يمكنه أن يغتصب امرأة مكروهة. وفي الخلافات الزوجية غالباً ما نجد أن الرجل يرغب النوم مع زوجته وعلى الرغم من النزاع مع زوجته، وهو أمر يندر لدى النساء. وعلى ما يبدو تعيش النساء في هذا السياقات أن الرجل يفعل معهن شيئاً، وأنهن مستسلمات له إذا ما نمن معه. ولكن ربما ترجع هذه الفروق إلى أن الرجال يفصلون الجنسية عن العلاقة أكثر من النساء. وأخيراً يمكن أن يخاف الرجال بأن تقومهم النساء على أنهم «خرعون» إذا ما لم يثبتوا أنفسهم في كل موقف على أنهم أكفاء.

ويمكن للعدوانية اللاشعورية أن تلحق الأذى بالفعل الجنسي مثلها مثل العدوانية اللاشعورية. إذ يمكن للرجل أن يخشى بشكل لا شعوري من أنه يمكن أن يجرح زوجته أثناء الممارسة الجنسية، إلا أنه يمكنه أيضاً أن يخاف من أن تجرحه المرأة أثناء الممارسة. فبعض الرجال يمتلكون الهوام اللاشعوري بأن للمهبل أسنان. ولدى النساء الأمر نفسه، فهن يمكنهن أن يخشين من أن يُجرَحْنَ أو يَجرحْن.

وبالطبع فإن كثير من اضطرابات العملية الجنسية ترتبط بنقص في الوضوح. فكثير من الرجال لا يعرفون بأن رطوبة المهبل لدى المرأة تشبه وظيفياً الانتصاب عند الرجل. وبعض الرجال الذين يعرفون هذا يفترضون أن المرأة دائماً تكون مستعدة للممارسة الجنسية إذا ما أصبح المهبل رطباً وهو ليس صحيحاً.

وغالباً ما تستجيب النساء ذوات النشوة المتأخرة بالضيق إذا ما لم يواصل الرجل الممارسة الجنسية بعد القذف. ويشعرن بأن الرجل لا يراعيهن، لأنهن لا يعرفن أنه بعد القذف عند الرجل يظهر الكف بشكل ارتكاسي الذي يجعل من مواصلة الممارسة الجنسية أمراً مزعجاً بل ومؤلماً أحياناً. أما لدى المرأة فلا يوجد هذا الكف. فغالبية النساء يمكنهن أن يحققن نشوة ثانية بعد الأولى أو حتى عدة نشوات، إذا ما استمرت الاستثارة.

وتعرف غالبية البشر أن الرجال، وكذلك النساء، يمكن أن تكون لديهم مخاوف فشل يمكنها أن تكبح الجنسية، في حال فشلوا مرة في الممارسة الجنسية. ولكن كونهم يعرفون ذلك فلا يعني هذا أنهم قادرون على التعامل معه - وبشكل خاص عندما يعيشون «فشلهم» في الممارسة الجنسية على أنه مهين ولهذا يعزونه للشريك. وبشكل عام فإن الرجال يخشون من الفشل في الممارسة الجنسية أكثر من النساء.

ويصعب على كثير من الرجال البحث عن المساعدة في حال وجود المشكلات الجنسية. ولكن بما أن الجنسية بالنسبة لكثير من الناس تشكل الجزء الأكبر من سعادتهم الحياتية فإن الأمر يبعث على الأسف. وليس بالضرورة أن يتم اللجوء إلى معالج نفسي متخصص بالعلاج الجنسي فبعض هؤلاء المعالجون الجنسيون لا يحققون نجاحات جيدة إلا عندما تكون العلاقة بين الشريكين جيدة. وعند استشارة المعالجين الجنسيين يحدث انتقاء ذاتي. فالمرضى غالباً ما يخمنون أن الأمر لا يتعلق بالعلاقة، بالشكل الذي يصفونها فيه، وإنما بالتأثيرات الباكرة، وإلى حد ما بمشكلات بنيوية. إلا أن الجزء الأغلب من المشكلات الجنسية هو تعبير عن اضطرابات العلاقة بين الزوجين أو أحدهما أو كليهما بالجنس الآخر عموماً. وهنا من الضروري على الأغلب إجراء علاج نفسي أوسع.

الجنسية المثلية

ما زال هناك حتى اليوم خلاف حول الكيفية التي تنشأ فيها الجنسية المثلية. وتتم مناقشة العوامل الوراثية والتأثيرات أثناء الحمل والعوامل المحيطية. ويبدو اليوم أنه من غير المحتمل أن تلعب العوامل المحيطية دوراً كبيراً ذلك أن الجنسية المثلية تظهر بين أشخاص ينتمون لثقافات مختلفة. ولا يمكن دحض العوامل الوراثية بحجة أن الجنسية المثلية لا يمكن توريثها لأن الجنسيون المثليون من الرجال والنساء لا ينجبون. فكثير من النساء المثليات يمارسن الجنس مع رجل من أجل الحصول على الأولاد. لهذا ليس من النادر لهن أن يؤسسن أسرة. والأمر نفسه ينطبق على الرجال الذين تغلب عليهم الجنسية المثلية ويكونون في الوقت نفسه قادرين على ممارسة الجنس مع امرأة.

وتأثيرات المحيط، التي يمكن أن تؤثر على النمو النفسي للطفل، يمكنها أن تلعب دوراً إضافياً إلى جانب العوامل الجسدية. فتشكيلات العلاقة التي غالباً ما نجدها لدى الرجال المثليون (أب بعيد، علاقة وطيدة بالأم فيها يسمى بالجنسية المثلية اللب؛ وعلاقة سيئة مع الأم مع ما ينجم عن ذلك من قلق من النساء، علاقة أفضل بالأب مع جنسية مثلية تجنبية)، يمكن أن يكون لها علاقة مع التوجه الجنسي أيضاً، الذي يأتي مع الطفل والذي يعبر عن نفسه في علاقة الطفل بوالديه.

والجنسية المثلية لا تنشأ من خلال الإغواء فقط. إلا أن الإغواء يمكن أن يرسخ الاستعداد القائم. فالاستغلال الجنسي المثلي للأطفال يؤثر بشكل صادم مثله مثل الاستغلال الجنسي الغيري. وهناك خلاف حول السن الذي لا يعود فيه توقع حدوث أضرار. وقوانيننا تمنع العلاقات الجنسية المثلية بين الراشدين وبين اليافعين تحت سن الثامنة عشر. وتتنوع التقويمات الاجتماعية للجنسية المثلية في الثقافات المختلفة وفي العصور المختلفة. وقلما يحدث العلاج النفسي أي تغيير في التوجه الجنسي. إلا أنه يمكنه أن يساعد في تحمل التقويمات والوصمة الاجتماعية والتعامل بشكل أفضل مع الجنسية المثلية.

الجنسية الثنائية

بين القطبين الجنسية الغيرية والجنسية المثلية Hetero-and Homo-Sexuality يمكن أن توجد مختلف الدرجات البينية. وتعني الجنسية الثنائية Bisexuality أن كلا الجزأين من الشخصية الجنسية المثلية والغيرية متواجدان بالمقدار نفسه. والجنسية الثنائية المعاشة هي نادرة نسبياً. ويحتمل أن يكمن هذا أن الجنسية الثانوية تسبب صراعات هوية في نموذج الأدوار الجنسية الأنثوية والذكورية، يصعب تحملها. لهذا يتم لدى الجنسيين الغيريين الذين يمتلكون جزءاً كبيراً من الجنسية المثلية ولدى الجنسيون المثليون الذين يمتلكون جزءاً كبيراً من الجنسية الغيرية كبت ذلك الجزء الأقل تمثيلاً بشدة. فالجنسين المثليون على حدود الجنسية المثلية يكافحون الجنسيين المثليين بمقدار ما يكافحون الجنسية المثلية في ذاتهم هم. والشيء نفسه يوجد أيضاً لدى الجنسيون المثليون الذين يكبتون

الأجزاء الجنسية الغيرية. إلا أنه يبدو أن الجنسيين المثليين الذين يمتلكون جزءاً قوياً من الجنسية الغيرية يختارون حلاً آخر: إنهم يكبتون الجنسية المثلية ويرضون بحياة جنسية غيرية، وهو ما لا يقدم لهم من المتعة الجنسية أكثر مما لو عاشوا الجنسية المثلية.

السادية

تظهر الهوامات السادية حول التعذيب (على شكل تقييد أو ضرب على سبيل المثال) بشكل متكرر أكثر من أن تمارس بالفعل. والسادية لدى الرجال أكثر انتشاراً منها لدى النساء. والعواقب الاجتماعية للسادية غير الممارسة يمكن أن تكون في حالات معينة أسوأ مما لو مارسها المرء مع شريك مستعد لذلك أو مع شريك مستعد لذلك مع وجود الاتفاق على التصرفات الممارسة، لأن الرغبات السادية المكبوتة تتراكم وتؤثر على العلاقات. فيتم عندئذ التعذيب في العلاقة، وغالباً ليس بشكل جسدي مباشر، وإنما بالطريق النفسي. كما يمكن أن تظهر متعة التعذيب النفسي للآخر من دون أن تستند الهوامات على التعذيب الجسمي بشكل مباشر. غير أن هذا لا يمكن إثباته إلا في مجرى علاج نفسي. والناس ذوي العلاقات السادية غالباً ما يكونوا متضيقين على هذا الشكل من العلاقة ويصعب عليهم تصور أن العلاقات يمكن أن تسير بشكل آخر. عندئذ يمكن لمهمة العلاج النفسي أن تكمن في تمكينهم من العثور على المدخل نحو الأشكال الأخرى من التعامل مع بعضهم؛ وهذا يحدث على سبيل المثال في الحميمية النفسية للمجموعة العلاجية. في العلاج الفردي غالباً ما يسهل على المريض تحويل علاقة العمل العلاجية النفسية إلى علاقة سادو-مازوخية، على الأقل في هوامه.

والنجاحات العلاجية ليست غالبة في الشذوذات السادية، إلا أنها أكثر من الشذوذات المازوخية. ولكن إذا ماكانت الشروط الشخصية ملائمة، فإنه لابد من محاولة العلاج. وكما هو الحال في مجال الظواهر النفسية توجد معابر نحو الحالة الطبيعية. إلا أن الشذوذ الذي يحتاج للعلاج لا يكون متوفراً إلا إذا كان شرط تحقيق الممارسة الجنسية يتمثل في تعذيب الشريك قبل أو أثناء الممارسة الجنسية.

المازوخية

ينطبق على الشذوذ المازوخي ما ينطبق على الشذوذ السادي: فهو يؤثر على أسلوب التعامل بشدة إذا ما لم تتم معايشته مع شخص مستعد لذلك بإرادته مع الاتفاق على تصرفات محددة.، وعندما تتراكم الرغبات المازوخية. وكما هو الحال في السادية يوجد نمط تعامل مازوخي من دون هوامات مازوخية متمركزة حول الجسد ومن دون كسب للرغبة سريع مباشر. ونتحدث عندئذ عن مازوخية الطبع أو المازوخية الأخلاقية. وكما هو الحال كذلك في السادية توجد معابر مازوخية إلى السواء. والانحراف يوجد عندما تكون التصرفات المازوخية للتعذيب قبل أو في أثناء الممارسة الجنسية كشرط لنجاح الممارسة.

والناس الذين يمتلكون علاقات أشكال علاقات مازوخية يكونوا متضيقين في العادة وقلما يستطيعون تصور أشكال علاقات أخرى. والعلاج الفردي ينقلب إلى علاقة سادو مازوخية في الغالب، بحيث أنهم يستثيرون المعالج ليصبح عدوانياً أو يفسرون كل تدخل للمعالج على أنه فعل سادي. وفي الحميمية النفسية للعلاج في المجموعة يمكن تمكينهم من المدخل نحو أشكال أخرى من العلاقة. وما زال التنبؤ بالعلاج النفسي يبدو أقل ملائمة مما هو الأمر في السادية. بالمقابل وعلى الرغم من أن التنبؤ فيما يسمى بالمازوخية الأخلاقية أو فيما يتعلق بمازوخية الطبع غير ملائم إلا أنه أفضل من الشذوذ المازوخي.

التمائمية

التمائمية عبارة عن شذوذ غير مؤذ إلى حد ما لا يظهر إلا لدى الرجال تقريباً. ولا تمتلك قيمة مرضية إلا عندما يتم تفضيل الاستمناء باستخدام تميمة، على الأغلب قطعة ملابس امرأة ما على الممارسة الجنسية. وينبغي تفريق التمائمية عن ما يسمى باللباس المعاكس Cross dressing الذي يظهر لدى الرجال والنساء: حيث يستثار هنا الرجال والنساء جنسياً عندما يرتدي كل منهم لباس الجنس الآخر. وكذلك التحول الجنسي،

حيث يرغب أن يشعر هؤلاء بالانتماء إلى الجنس الآخر وغالباً ما يرغبون بإجراء عمليات جراحية تغير لهم من جسدهم.

الاستعراضية

لا تلاحظ الاستعراضية exhibitionism كانحراف إلا لدى الرجال فقط. فالرجال الاستعراضيون يظهرون أعضائهم الجنسية للنساء والبنات في الأماكن أو الشوارع العامة. وغالباً ما لا تكون النساء معروفات بالنسبة لهم. وبما أن الاستعراضيين يستمتعون بالهلع الذي يصيب النساء فإن هذا الشذوذ قريب من السادية. وكثير من الاستعراضين متزوجون ويعيشون حياة جنسية طبيعية، ولكنها لا تشبعهم مثل الاستعراضية. وغالباً ما يقوم الرجال بالاستمناء أثناء الفعل الاستعراضي أو في أثناء تذكر الفعل الاستعراضي. ولا يسبب الفعل الاستعراضي للنساء التضرر الشديد الدائم. فغالبيتهن يعتبرن الأمر إزعاجاً عاماً. إلا أن المستعرض يخرق الحقوق الشخصية للنساء، وهو ما يبرر ملاحقة الاستعراضية قانونياً. وهناك أشكال من الاستعراضية المقولبة اجتماعيا لدى الرجال والنساء. فقد يرتدي الرجال ملابس تبرز أعضائهم الجنسية من دون أن تتدخل الشرطة في هذا؛ ويمكن للنساء أن يتركن أجزاء كبيرة من أجسادهن من دون ملابس، ليس فقط على الشاطئ وإنما في المناسبات الاحتفالية أيضاً. وعلى ما يبدو فإن ما يجعل عرض الأعضاء الجنسية الذكورية إشكالياً هي المركبات السادية.

وكما هو الحال في الشذوذات الأخرى فإن الشفاء الكامل نادر. إلا أن العلاج النفسي يستطيع أن يقلل من الميل نحو الاستعراض إلى درجة يمكن فيها للمعني التخلي عنها.

الأفعال الجنسية مع الأطفال وعلى الأطفال

تحدث مثل هذا التصرفات (المشتهية للأطفال) في بعض الأحيان عندما يفتقد المعني إمكانية النشاطات الجنسية الأخرى. ولكن إذا ما تم تفضيل التصرفات المشتهية

للأطفال على الممارسة الجنسية مع شريك أو شريكة من العمر المناسب، فإننا نتحدث عن وجود شذوذ. وبسبب التأثيرات على الأطفال فإن المجتمع ينكر هذه الأفعال بدرجة خاصة ومن ثم فإن لهذا الفعل عواقب اجتماعية وخيمة بالنسبة لاشتهاء الأطفال.

والأشخاص الذين يستغلون الأطفال جنسياً كانوا على الأغلب في الطفولة ضحايا لسوء الاستغلال الجنسي. ويغلب ظهور الاستغلال الجنسي للأطفال لدى الرجال فقط. أما لدى النساء فالأمر نادر. فالتصرفات الجنسية للأمهات مع أطفالهن غالباً ما تكون أكثر تغطية من التصرفات الجنسية للرجال مع أولادهم. فعلى سبيل المثال تقوم الأمهات باستحمام أولادهن المراهقين.

والعلاج النفسي ليس ملائماً في الاشتهاء الحقيقي للأطفال. إلا أنه غالباً ما يمكن كبح الضغط نحو التصرفات الشهوية تجاه الأطفال، بحيث يتخلى المعني عن ذلك، من أجل تجنب العواقب الاجتماعية السلبية. والتنبؤ يكون مناسباً إذا ما لجأ المنحرف من تلقاء نفسه للعلاج النفسي؛ والعلاج النفسي المطلوب من القضاء لا يمتلك فرصة ملائمة.

الباب الخامس

الأمراض الجسدية المؤكدة التشخيص
التي يمكن للعلاج النفسي أن ينفع فيها

الذبحة القلبية

يتم اليوم الافتراض بشكل عام بأن الإرهاق يشترك كعامل خطر مقدمة الذبحة القلبية. فالمرضى الذين يمتلكون خطر مرتفعاً للإصابة بالذبحة القلبية (ارتفاع في قيم الدم، ارتفاع ضغط الدم، التدخين، السكري) عليهم أن يستشيروا طبيباً فيما يتعلق بإدارة الحياة.

ويمكن للعلاج النفسي أن يفيد في تمثل صدمة الذبحة القلبية. فالمرضى الذين مروا بذبحة قلبية يميلون إلى إنكار تقييد قدرتهم الإنجازية أو لا يتجرءون بشكل عام على أقل الإرهاقات. ويمكن للعلاج النفسي الذي يتم تنفيذه بالشكل الأفضل من الطبيب الذي يجري العلاج الجسدي أيضاً وبمشاركة الشريك أن يفيد لإيجاد اتجاه نحو المرض يسهل الإدارة الهادفة للحياة.

الربو

في الربو يحصل تضييق في الشعب الهوائية الدقيقة. ومن خلال ذلك ينشأ نوع من تأثير الصمام: ففي حين يحدث الشهيق بشكل ميسر إلى حد ما يكون الزفير صعباً. والربو يحدث على شكل نوبات، ويمكن لنوبة الربو أحياناً أن تستمر لأيام عدة. ومن المثبت اليوم وجود مركب حساسية مسؤول عن نشوء الربو. وتوجد إلى جانب ذلك مركبات نفسية في نشوء الاستعداد للربو ونوبات الربو المنفردة.

وغالباً ما يصعب التنبؤ فيما إذا كان العلاج النفسي فاعلاً أم لا. إلا أنه تم تحقيق

تحسن كبير في العلاج النفسي. وغالباً ما يتم التوليف بين العلاج النفسي والعلاج الدوائي. وينبغي مراعاة خطر ازدياد نوبات الربو من خلال حشد الصراعات الكامنة (اللاشعورية) عند طرح الفاعلية (الاستطباب)، فهي يمكنها - إذا ما أصبحت شعورية - أن تقوي بداية الميل لنوبات الربو. وفي الربو الذي أصبح مزمناً وخلف وراءه أضراراً في الرئتين والقلب، فإن الأشكال التدخلية من العلاج النفسي ليست مفيدة في العادة. وهنا تحتل تمارين الاسترخاء بالدرجة الأولى والإرشاد النفسي مركز الصدارة.

ضيق التنفس مع تشنجات والتنميل في اليدين

(تشنج فرط التهوية hyper ventilation tetany)

غالباً ما يقود القلق، الذي ليس بالضرورة له أن يعاش على أنه قلق، وإنما يمكن كبته، لدى غالبية الناس إلى عن طريق ارتفاع إيقاع التنفس (إلى درجة اللهاث) إلى تشنج اليدين والأصابع. بالإضافة يشعر الإنسان في الذراع واليدين والأصابع بالتنميل. ويمكن إزالة النوبة على الأغلب إذا ما تمكن الإنسان في المحيط من تهدءة المريض. وفي الحالات الصعبة فقط ينبغي إعطاء الدواء عن طريق الحقن. كما يمكن التأثير على تشنج اليدين والأصابع بشكل ملائم من خلال قيام المعني بالتنفس في كيس من الورق، حيث تزداد بذلك كمية ثاني أوكسيد الكربون الذي يرفع إعادة تنفسه مستوى الحمض في الدم - إذ أن سبب التشنجات هو «الزفير» الشديد لحمض الكربون- ومن ثم يزول التشنج. وأحياناً يكفي وضع اليد أمام الفم والأنف. وبما أن هذه النوبات مزعجة ويمكن التأثير على النوبات من خلال العلاج النفسي، فإنه ينصح باستشارة معالج نفسي.

القرحة المعدية والقرحة الاثني عشرية

يمكن استثارة القرحة المعدية والقرحة الاثني عشرية من خلال تأثيرات مختلفة، كالإرهاق والعمل الليلي والصراعات الداخلية اللاشعورية. وبما أن العلاج الدوائي للقرحة المعدية هو علاج ناجح جداً اليوم فإنه قلما يتم إجراء العلاج النفسي لمرضى القرحة

المعدية. غير أنه علينا ألا ننكر التأثيرات النفسية وهي أوضح في القرحة الاثني عشرية منها في القرحة المعدية.

ضغط الدم

تسهم العوامل النفسية في نشوء بعض الأشكال من ضغط الدم. وفي هذه الصورة المرضية من الضروري استبعاد الأسباب الجسدية بشكل خاص لأنه توجد أسباب جسدية يمكن معالجتها بشكل جيد جداً. وعلى كثير من مرضى الضغط المرتفع أن يتناولوا الدواء طوال حياتهم. وبما أن ضغط الدم لا يسبب أية آلام أو شكاوى في البداية فإنه من الصعب حفز مرضى ضغط الدم لتناول الدواء بشكل منتظم. فالمريض بضغط الدم لا يشعر بضغط دمه، ولكنه يشعر بالأعراض الجانبية للدواء. ويتجاهل مرضى ضغط الدم المرتفع على الرغم من معرفتهم الجيدة بأن ضغط الدم يقود مع الزمن إلى أضرار وخيمة للأوعية الدموية مع خطر السكتة القلبية والذبحة القلبية وأمراض الكليتين، التي تستمر في تثبيت ضغط الدم ويقيد من وظائف الكليتين بشكل كبير.

يمكن للعلاج النفسي أن يخفض من ضغط الدم لدى بعض البشر. إلا أن العلاج النفسي غالباً ما يكون متأخراً إذا كان حدث تضرراً في وظائف الكليتين. عندئذ لا يستطيع المعالج النفسي إلا المساعدة في إقناع المريض بأنه عليه أن يتناول دواءه بشكل منتظم.

الروماتيزم

التهاب المفاصل الروماتيزمي المزمن مرض تؤثر عليه الأحداث النفسية المرهقة، على سبيل المثال الأزمات في العلاقات البين إنسانية. وروماتيزم المفاصل المزمن هو عبارة عن مرض مناعي ذاتي. ومن المؤكد اليوم أن العوامل النفسية تؤثر على جهاز المناعة. فعندما يسوء المزاج العام يتم الإحساس بالألم بشكل أشد. وبالعكس يمكن

تحسين الحالة النفسية العامة إذا ما انخفض الألم. أما الكيفية التي يتعلق فيها هذا مع بعضه فما زالت غير واضحة. وهنا يندر للعلاج النفسي أن يكون مفيداً.

فرط ونقص إفراز الغدة الدرقية

افترض في السابق أن العوامل النفسية تسهم سبباً في فرط إفراز الغدة الدرقية. إلا أنه لم يتم تأكيد هذا الأمر بشكل قاطع. ويتجلى فرط إفراز الغدة الدرقية بالعصبية وزيادة تناقص الوزن وخفقان القلب. ويسهل اليوم تشخيص فرط إفراز الغدة الدرقية. وبما أنه يمكن معالجة فرط الإفراز بالدواء بشكل ممتاز فإنه قلما يحاول المرء اليوم التأثير على الغدة الدرقية بشكل نفسي.

وكذلك من السهل اليوم تشخيص ومعالجة نقص إفراز الغدة الدرقية دوائياً. ولا يتم هنا افتراض وجود عوامل نفسية. إلا أن نقص إفراز الغدة الدرقية يمكن أن يحدث حالة شبيهة بالاكتئاب. حيث يتباطأ الدافع القدرة على التفكير وهو ما يشبه أعراض الاكتئاب. بالإضافة إلى أنه تحدث زيادة في الوزن.

الحساسية (الأكزيما)

الأكزيما المزمنة neurodermitis هي مرض وراثي التي تظهر على الأغلب حتى لدى الطفل الرضيع في صورة قشور. وما زال هناك خلاف حول فيما إذا كانت العوامل النفسية تلعب دوراً. والأكثر احتمالاً أن التغيرات الجلدية للأطفال تؤثر على تعامل الأمهات مع أطفالهن بحيث أنه تحصل تغيرات نفسية ثانوية، يمكنها من جهتها أن تؤثر ثانية على مجرى المرض.

إلا أنه توجد حالات من الأكزيما المزمنة تظهر في بداية في سن الرشد. يمكن للعلاج النفسي أن يؤثر بشكل ملائم في مجرى المرض في العادة، إلا أنه لا يشفي المرض نفسه. وأحياناً يتم دفع الأكزيما للكمون، بحيث لا يعاني المريض من أعراض جسدية. إلا أنه يمكنها العودة ثانية. ليس هناك حتى شفاء نهائي للأكزيما المزمنة بحيث يجعلها لا تعود ثانية.

الصدفية

الاستعداد للصدفية psoriasis هو استعداد موروث. وكما هو الحال في الحساسية الجلدية تؤثر العوامل النفسية والوراثية مع بعضها. إلا أن الإرهاقات النفسية على شكل صراعات معاشة شعورياً أو لا شعورياً تبدو في الصدفية أقل مما هو الحال في الأكزيما المزمنة. لهذا فإن التحسن في العلاج النفسي يكون ضئيلاً في العادة. ويمكن للعلاج النفسي أن يساعد في التعامل بشكل أفضل مع المرض (المواجهة Coping).

السرطان

تتم مناقشة مدى مساهمة العوامل النفسية في نشوء السرطان. والفرضية الأكثر احتمالاً اليوم هي أن العوامل الخارجية والصراعات الداخلية الشعورية واللاشعورية تحدث تأثيراً يضعف من جهاز المناعة. عندئذ لا يقوم جهاز المناعة باصطياد الخلايا السرطانية الناشئة في الجسم، عندئذ ينشأ السرطان. وبما أنه ينبغي لكثير من أنواع السرطان على سبيل المثال سرطان الرئة، أن يصل إلى حجم كبير قبل أن يسبب الشكاوى فإن نشوء المرض غالباً ما يرجع إلى فترة زمنية طويلة. وهذا يصعب من تقويم الإرهاقات الخارجية في بداية مرض السرطان وتوضيح مساهمة الصراعات الداخلية.

غير أنه من المحتمل أن تسهل الإرهاقات الداخلية والخارجية التشكل الجديد وظهور السرطان في المكان نفسه من الخلايا، التي لم يطلها العلاج الجراحي أو الكيمياوي أو الإشعاعي، وكذلك هجرة خلايا سرطانية إلى أماكن أخرى (انبثاث metastasis). وقلما يمكن التأثير بالعلاج النفسي على نمو ورم سرطاني واضح إكلينيكاً، بغض النظر عما إذا كان الأمر يتعلق بنشوء سرطان أو إعادة ظهور في المكان نفسه أو تورم انبثاثي[1] metastasis.

(1) انتقال علة الداء أو العامل المسبب له من مكان إلى مكان آخر في الجسم أو ما يسمى نمو انبثاثي ثانوي لورم خبيث.

إلا أنه يمكن للعلاج النفسي أن يكون مفيداً في تمثل المشكلات الوجودية والصراعات التي من الممكن لها أن تسبب المرض الخبيث. حيث يمكن للمعالجين النفسيين بالتعاون مع المريض أن يعالجوا التمثل العصابي بحيث يتم تحرير قوى أكبر من أجل مواجهة الصراعات الوجودية. ويقصد بالصراعات الوجودية تلك التي تنتمي للوجود الإنساني والتي على جميع الناس مواجهتها. ومن بينها بشكل خاص مواجهة نهاية الحياة.

مواجهة الأمراض الجسدية

تتعلق الكيفية التي تتم فيها مواجهة الأمراض الجسدية التي تسير بشكل مزمن أو تقود للإعاقة أو لتغيرات كبيرة في صورة الجسد، كما هو الحال في عمليات بتر الأطراف على سبيل المثال، بنمط شخصية المريض الأساسية. فهناك بشر يهونون أو ينكرون عواقب مرضهم، ومن ثم يرهقون أنفسهم أو لا يتبعون التعليمات الطبية؛ في حين أن آخرون يبالغون في تقدير القيود الناجمة عن المرض ولا ينجزون ما يمكن لهم بالفعل تحقيقه. وغالباً ما يتطلب فقدان إمكانات الحياة التي يحملها المرض المزمن معه كفاءة تكيف واسعة. فالإنسان المعافى الذي أصبح مريضاً يعيش نفسه بشكل مختلف عن المعافى وكذلك يعاش من محيطه بشكل مختلف.

وفي المرض الذي قد يقود إلى الموت تحدث مواجهة لنهاية الحياة. فيجد المعني نفسه في مواجهة مسائل وجودية أساسية يتعامل معها الناس بشكل مختلف ويمكنهم مواجهتها أو عدم مواجهتها. ومثل هذه الأسئلة الوجودية الأساسية تمثال مجالاً للدين أو الفلسفة. ولكن من معرفة تأثير الشخصية الأساسية على المواجهة أو عدم المواجهة يستطيع المعالجون النفسيون اشتقاق نصائح حول الكيفية التي يمكن فيها للأطباء الجسديين أن يسهلوا على مرضاهم التعامل مع هذه المسائل الوجودية. وفي الوقت الراهن تتم دراسة نوع التعامل مع الأمراض الجسدية الشديدة. وهنا يعمل المعالجون النفسيون مع الأطباء الجسديين معاً. إلا أنه في الممارسة الإكلينيكية لا يتم دائماً إشراك المعالجين النفسيين، عندما لا يكون المريض قادراً على التعامل مع مرضه.

وليس من الحكمة في الأمراض الجسدية الشديدة تسليم الجانب الروحي من المعالجة للمعالج النفسي؛ إذ أن الطبيب الجسدي الذي يتحمل مسؤولية الإجراءات العلاجية سيظل مقتصراً على الدور الموجه نحو الجسد فقط.

وكثير من الذين يرعون الجانب الروحي في المستشفيات والذين يناقشون المسائل الوجودية مع المرضى من الجوانب الدينية هم مدربون نفسياً، ويستطيعون تقدير على سبيل المثال فيما إذا كانت الصعوبات التي يعاني منها إنسان ما في التعامل مع المرض الجسدي تتعلق أكثر بالخبرات الماضية والصراعات الداخلية الباكرة أم أنها ترتبط أكثر مع العلاقات الراهنة للمريض، على سبيل المثال بالعلاقة بالشريك وبالأولاد وبزملاء العمل...الخ.

الباب السادس

سمات الشخصية
التي تحفز أو تعيق العلاج النفسي

يعد العمر أو السن من بين السمات الشخصية لدى شخص ما. وقد طلب فرويد إلا يتجاوز عمر المريض الأربعين سنة من أجل التحليل النفسي. إلا أنه قد تراكم اليوم عدد من الحالات الملائمة التي تبلغ من العمر حوالي الستين سنة. والأهم في العلاج النفسي هو أن تتوفر الإرادة لدى المريض وأن يكون قادراً على التعاون مع المعالج النفسي. ففي العلاج النفسي ينبغي على المريض أن يسهم بفاعلية أكبر مما هو الحال عليه في الأشكال الأخرى للعلاج. ويتطلب العلاج النفسي بالتحليل النفسي في العادة من المريض استقلالية أكبر مما هو الحال عليه في العلاج السلوكي. إذ لا يتم في العلاج النفسي بالتحليل النفسي القول للمريض كيف عليه أن يستخدم المعارف والخبرات الجديدة المكتسبة في الحياة اليومية. إلا أن بعض الأشكال العلاجية من التحليل النفسي تقترب من العلاج السلوكي في هذه النقطة. ويمكن علاج كثير من المرضى بالتحليل النفسي أو بالعلاج السلوكي أو بالمعالجة النفسية المتمركزة حول المتعالج حسب روجرز.

يقوم المعالج النفسي في البداية وبعد أن تشكلت لديه صورة حول الأعراض بتقديم اقتراح للعلاج والتوضيح للمريض حول الكيفية التي يمكن فيها للعلاج النفسي أن يفيده وما الذي عليه أن يسهم فيه وما هي إمكانات الشفاء.

وتتعلق قابلية الأمراض النفسية داخلية المنشأ للعلاج بمدة نشوئها. لهذا فإن التعرف

المبكر على المرض مهم. وبما أنه يغلب ألا يتم التعرف على الأمراض النفسية داخلية المنشأ فإن الأمر يستغرق عدة سنوات إلى أن يتم البدء بالعلاج النفسي.

ولدى جزء من المرضى تنفصل عندئذ الأعراض عن أسبابها الحقيقية وتستقل. وتظل هذه الأعراض قائمة على الرغم من جعل الصراع الكامن خلفها شعورياً وتعلم المريض التعامل بشكل أفضل مع صراعه.

كما يمكن للأعراض أن تكون قد اندمجت في حياة المريض وتحظى ثانوياً بوظيفة إيجابية، كأن يحظى المريض على سبيل المثال بمزيد من الاهتمام والرعاية. وفي الوقت نفسه تضيع الكفاءات الاجتماعية بالتدريج، التي تتم إعاقتها من خلال الأعراض. وقد يحصل أن يشعر المريض أنه معتمد على أعراضه ولم يعد قادرا على التخلي عن المكسب الثانوي الذي يقدمه له العرض الآن.

ولدى بعض المرضى ما زالت الأمراض العصابية أو النفسية الجسدية تمثل الحل الأمثل للصراعات الداخلية والخارجية. إذ يمكن لإمكانات الحياة أن تتقيد من خلال الظروف الاجتماعية إلى درجة تصبح فيها رغبات الدافع غير مشبعة بالفعل. ولعل المثال المعروف حول هذا نجده لدى السيدات في السنوات المتقدمات من العمر في إيجاد الشريك. فمثل هؤلاء النسوة يكبتن أحياناً رغباتهن الجنسية من أجل توفير الإحباط عليهن المتمثل في أنه لا يستطعن إشباع رغباتهن في علاقة تشاركية.

وتنبثق تقييدات أخرى للإمكانات العلاجية من خلال استمرار قيام المريض بواجباته الحياتية مع احتمال تقوية الأعراض أو ظهور أعراض أخرى في أثناء العلاج. وينطبق هذا بشكل خاص على الاكتئابات المصدودة. إذ ينبغي إجراء كثير من العلاجات مع استمرار المتعالج في عمله. ويمكن تشبيه الأمر بالسفينة المبحرة: فعمليات الإصلاح لا يمكن إجرائها دائماً بجر السفينة إلى المرفأ للإصلاح وإنما ينبغي إجراء معظم عمليات الإصلاح في أثناء إبحار السفينة. وبالطبع فإن بعض العمليات الإصلاحية يمكن إجرائها في مكان جاف أفضل مما لو كانت السفينة مبحرة.

ويمثل العلاج المركزي (في المستشفى) بالنسبة لبعض المرضى مثل هذا النوع من الصيانة في المرفأ للسفينة. ففي أثناء العلاج المركزي يكون المريض متحرراً من واجباته الحياتية. إلا أن هذا يمكن أن يؤثر بشكل غير مناسب بالطبع-فالمريض يمكنه من خلال العلاج المركزي في المستشفى أن يتحرر إلى مدى بعيد وأن ينسحب من المهمات الحياتية إلى درجة أنه قد لا يستطيع فيها إيجاد طريقه في الخارج، حتى وإن لم يستمر العلاج سوى بضعة أشهر. وبعض المرضى يستغلون الدلال في المستشفى ولا يكتسبوا في أثناء الإقامة في المستشفى الكفاءات التي يفترض لهم أن يكتسبوها من العلاج النفسي. وليس المقصود بالدلال بأن هناك من يهتم بطعام وشراب المريض فحسب وإنما يمكن لعروض التواصل المتنوعة في المستشفى أن تحدث أثراً تدليلياً. فالتواصل خارج المستشفى غالباً ما يكون أصعب مما هو عليه الأمر داخل المستشفى العلاجي النفسي.

كما أن بعض المرضى يأتون للعلاج بتوقعات واهمة من العلاج. فهم يتصورون أن العلاج أسهل وأبسط مما هو عليه العلاج بالفعل، إنهم يعتقدون أن المعالج سوف يفعل كل شيء، إنهم يبالغون بتأثير المعالج ويقللون من ضرورة أنهم عليهم أن يسهموا بفاعلية في العلاج. في حين أن آخرين يبالغون بتقدير ما يمكن تحقيقه في مرحلة علاجية ما، على سبيل المثال في أثناء المعالجة المركزية التي يفترض أن تقتصر في الغالب على التمهيد للعلاج الخارجي أو على مواجهة الأزمات، التي تظهر في أثناء معالجة خارجية.

وبعض المرضى يتوهمون حول ما يمكن تحقيقه عموماً. فهم يتوقعون أن يحولهم المعالج إلى أناس ليسوا خالين من الأعراض فحسب بل يحولهم إلى بشر تصبح الحياة سهله عليهم ومحروسين من مواجهة الصراعات الوجودية التي تنتمي للوجود الإنساني. وينطبق هذا بشكل خاص على المعالجات التي تستمر لفترة طويلة. ويستغرق العلاج النفسي فترة زمنية أطول من المعالجات الأخرى، ولكنه أقصر من تأثيرات البيئة التي قادت إلى نشوء المرض النفسي أو النفسي الجسدي.

ومن المؤثرات غير الملائمة بشكل خاص، إذا ما كان المريض يعتقد أن محيطه، والديه على سبيل المثال، مذنبان بحقه من خلال تأثيراتها السلبية على نموه، ومن ثم

فإنه سواء الوالدين أم ما يمثلهما، أي المجتمع، ملزمون بمساعدته من دون أي إسهام في هذا، بما يشبه حين تدفع شركة التأمين تعويضاً لقائد مركبة حصل له حادث لم يكن مسؤولاً عنه.

يمكن للمجتمع أو للتأمين الصحي أن يتولى دفع تكاليف العلاج للمريض إلا أنه لا يوجد ولا أي شخص يمكن أن يتحمل عن المريض فاعليته الذاتية في المعالجة، حتى وإن ظل يتمنى ذلك بشدة أو ما زال يعتقد بأن من حقه ذلك.

هامش الباب الأول:

(1) وحكم الملك جنثر Günter وأخواه برغندية زمناً لها في القرن الرابع الميلادي من قصرهم في ورمز على ضفة نهر الراين، وكانت تقيم معهم في ذلك القصر أختهم الشابة كريمهيلد Kremhild - «التي لم يكن أجمل منها في بلد من البلاد». وكان الملك سجمند في هذه الأثناء يحكم الأراضي الوطيئة، وأقطع ابنه سيجفريد (سيجورد) ضيعة غنية بالقرب من أكستين Xanten الواقعة هي الأخرى على ضفة الراين. وترامت إلى مسامع سيجفريد أخبار جمال كريمهيلد فذهب لزيارة بلاط جنثر وأقام هناك على الرحب والسعة مدة عام، ولكنه لم ير كريمهيلد قط، وإن كانت هي قد أبصرت من نافذتها الشبان يتثاقفون في فناء القصر، فأحبته من أول نظرة. ذلك أن سيجفريد كان يفوق سائر الشباب في قراع السيوف، وأظهر بسالة عظيمة في حربة مع صفوف البرغنديين؛ وأراد جنثر أن يحتفل بعقد الصلح بعد انتصاره فأمر سيدات القصر أن يشهدن الاحتفال!

وزينت كثيرات من بنات الأشراف أحسن زينة، وتاقت نفوس الشبان لنيل رضاء السيدات وإعجابهن، ونزلوا عن حقهم في أرض الملك الغنية نظير فوزهم بهذا الإعجاب... وتبدت كريمهيلد كأنها كوكب الصباح يتألق بين السحب الدكناء؛ ولم يكد يراها الشاب الذي انطوى قلبه على حبها من زمن بعيد حتى ذهب عنه ما كان يحس به من تعب.... وسر سيجفريد وحزن، فقد قال في نفسه: «كيف أخطب ود فتاة مثلك؟ تلك لا ريب أضغاث أحلام، ولكن الموت عندي أفضل من البعد عنك»... واحمرت وجنتاها حين أبصرت أمامها ذلك الرجل ذا النفس العالية، وقالت: «مرحباً بك يا سيجفريد، أيها الفارس الباسل النبيل». وامتلأ قلب الفارس شجاعة حين سمع هذه الألفاظ، وانحنى أمامها انحناءة جميلة شأن الفارس الشهم، وشكر لها تحيتها. وارتبط قلباهما برباط الحب القوي وتبادلا النظرات سراً.

وترامت أخبار برنهيلد ملكة أيسلندة إلى جنثر وكان أعزب، وقيل له إنها لا ينالها إلاّ من يتفوق عليها في ثلاث تجارب للقوى، وإنه إذا أخفق في أية تجربة منها جوزي بقطع رأسه. ووافق سيجفريد على أن يساعد جنثر على نيل برنهيلد إذا زوجه بكريمهيلد. ويعبران البحر بسرعة القصص وسهولتها؛ ويلبس سيجفريد طيلساناً سحرياً يخفيه عن الأنظار، ويساعد جنثر على الخروج ظافراً من التجارب الثلاث، ويأتي جنثر ببرنهيلد إلى موطنه

ليتزوجها على كره منها. وتساعد ست وثمانون فتاة كريمهيلد على إعداد الأثواب الغالية للعروس. ويحتفل بزواج جنثر وبرنهيلد وبزواج سيجفريد وكريمهيلد احتفالاً فخماً.

ولكن برنهيلد تبصر سيجفريد فتحس أن هو لا جنثر الذي يليق أن يكون زوجها. ويقبل جنثر عليها ليلة زفافها فترده عنها خائباً، وتربطه في عقدة وتعلقه على الجدار. وينطلق جنثر من العقدة ويستنجد بسيجفريد؛ وفي الليلة الثانية يتخفى البطل في زي جنثر وينام بجوار برنهيلد، بينما يكون جنثر نفسه مختبئاً في

حجرة مظلمة يستمع إلى كل شيء ولا يرى شيئاً. وتلقى برنهيلد بسيجفريد بعيداً عن الفراش وتشتبك معه في معركة تفري العظم، وتحطم الرأس، ولا تجري على سنن متبعة. ويقول في نفسه أثناء المعركة: «واحسرتاه! إنني إذا مت بيد امرأة فإن الزوجات جميعهن سيحتقرن أزواجهن». وتهزم برنهيلد آخر الأمر، وتعد أن تكون زوجة. وينسحب سيجفريد دون أن يراه أحد حاملاً معه منطقتها وقرطها، ويحل جنثر نحله بجوار الملكة الخائرة القوى. ويهدي سيجفريد المنطقة والقرط إلى كريمهيلد، ويأتي بها إلى أبيها، فيتوجه ملكاً على الأراضي الوطيئة. ويستخدم سيجفريد ما له من ثروة في سنيبلنجن فيلبس زوجته ووصيفاتها من الثياب ما لم تلبسه امرأة أخرى قبلهن.

وتزور كريمهيلد بعد فترة من ذلك الوقت برنهيلد في مدينة ورمز. وتبصر برنهيلد أثواب كريمهيلد الغالية فتدب الغيرة في قلبها، وتذكّرها بأن سيجفريد من أتباع جنثر. وترد عليها كريمهيلد بأن تكشف لها عن المنطقة والقرط لتثبت لها أن سيجفريد لا جنثر هو الذي غلبها على أمرها. وكان لجنثر أخ نكد غير شقيق يدعى هاجن Hagen ملأ صدره حقداً على سيجفريد؛ فأرسلا إليه يدعوانه للخروج إلى الصيد. وينحني سيجفريد فوق مجرى ماء ليروي ظمأه، فيطعنه هاجن بحربة، وتبصر كريمهيلد بطلها يلقى منيته «فيغمى عليها وتفقد وعيها طوال ذلك اليوم وتلك الليلة». وترث كنز نيبلنج بوصفها أرملة سيجفريد، ولكن هاجن يغري جنثر باغتصابه منها، ويدفن جنثر وأخوته هذا الكنز في نهر الرين ويقسموا ألاّ يكشفوا لأحد عن مخبئه.

وتظل كريمهيلد ثلاثة عشر عاماً تفكر في الثأر من هاجن وأخوتها، ولكنها لا تجد الفرصة التي تمكنها من هذا الثأر، ثم تقبل ما عرضه عليها إتزل Etzel (أتلا Atilla) ملك الهون من زواجه بها؛ وتنتقل إلى فينا Vienna لتعيش فيها وتكون زوجة له. «وكان إتزل ذا

شهرة عظيمة تجتذب إلى بلاطه بلا انقطاع أشجع الفرسان مسيحيين وكفاراً على السواء.... وكان الإنسان يرى عنده ما لا يستطيع أن يراه في هذه الأيام – يرى المسيحيين والكفرة جنباً إلى جنب. وكان الملك ندي اليد سخياً على الناس جميعاً أياً كانت عقائدهم، فلم يكن ثمة أحد لا ينل رفده». وظلت كريمهيلد تحكم البلاد «حكماً صالحاً» مدى ثلاثة عشر عاماً بدا فيها أنها لم تعد تفكر في الانتقام؛ وبلغ من أمرها أن طلبت إلى إتزل أن يدعو هاجن وإخوتها إلى وليمة؛ ويلبي هؤلاء الدعوة رغم تحذير هاجن، ولكنهم يأتون معهم بحاشية من الفلاحين والفرسان المسلحين. وبينما كان إخوة الملك وهاجن ومن معهم من الفرسان يستمتعون بضيافة حاشية الهون في بهو إتزل، إذ يقتل الفلاحون الذين في خارج البهو بأمر كريمهيلد، ويتلقى هاجن النبأ، فيستل سيفه، وتدور معركة رهيبة في البهو بين البرغنديين والهون (ولعل القصة ذكرى حربهم الحقيقية التي دارت في عام 437). ويطيح هاجن بضربته الأولى برأس أرتليب Artlieb ابن كريمهيلد وإتزل البالغ من العمر خمس سنين ويلقى برأسه في حجر كريمهيلد وجنثر. ولمّا كاد البرغنديون جميعاً يهلكون يطلب جرنوت Gernot أخو كريمهيلد وجنثر إلى إتزل أن يسمح للباقين من الزوار بالخروج من البهو. ويظهر فرسان الهون رغبتهم في إجابة هذا الطلب ولكن كريمهيلد ترفضه، وتستمر المذبحة. ويتوسل إليها جزلهر Gisslher أخوها الأصغر الذي كان غلاماً بريئاً في الخامسة من عمره لما قتل سيجفريد ويناديها: «أختي يا أجمل النساء، بأي ذنب أستحق الموت بأيدي الهون؟ لقد كنت على الدوام وفياً لك، لم تمسسك يداي بأذى؛ ولكني جئت إلى هذا المكان يا أعز الأخوات لأني وثقت بحبك، فهلاّ رحمتني». وترضى كريمهيلد بأن يخرج الباقون إذا أسلموا هاجن، فيرد عليها جرنوت بقوله: "ذلك يا أماه الله في علو سمائه، خير لنا أن نهلك عن آخرنا من أن نفتدي أنفسنا بواحد ما". وتخرج كريمهيلد الهون من البناء، وتغلق الأبواب على من فيه من البرغنديين، وتأمر بإحراقه. ويجن البرغنديون من فرط الحرارة والظمأ فيصيحون من شدة الألم، فيأمرهم هاجن بأن يطفئوا ظمأهم بشرب دماء القتلى، فيصدعون بما يؤمرون، ويخرج بعضهم من بين الأخشاب الملتهبة المتساقطة، وتستمر المعركة دائرة في الفناء حتى لا يبقى حياً من البرغنديين غير جنثر وهاجن. ويقاتل ديتريخ Dietrich القوطي وهاجن، وينتصر عليه، ويأتي به إلى كريمهيلد مكبلاً بالأغلال. وتسأله هاجن أين أخفى كنز نيبلنج، فيجيبها بأنه لن يكشف لها عن ذلك السر ما دام جنثر حياً؛ ويقتل جنثر، وكان لا

يوال حياً، بأمر أخته، ويحمل رأسه إلى هاجن، ولكن هاجن يتحداها بقوله: «إن مكان الكنز لا يعرفه الآن إلاّ الله وحده وأنا، ولن تعرفي هذا السر أيتها المرأة الشيطانة»، فتقبض بيدها على سيف وتقتله به. وتشمئز نفس هلدبراند Hildebrand القوطي مما سفكته كريمهيلد من الدماء فيقتلها. (مقتبس عن:

(http://www.civilizationstory.com/civilization/page.php?pageNumber=6199.



أصبح انتشار الأعراض والاضطرابات النفسية، والأعراض الجسمية ذات المنشأ النفسي في عصرنا الراهن واسعاً إلى درجة أصبح فيها عدد الأمراض والاضطرابات النفسية والأمراض التي تسهم بها العوامل النفسية يتجاوز المائة اضطراب ويكتشف العلماء كل يوم عدداً متزايداً من هذه الاضطرابات ويزداد فهمنا حول آلية التفاعل النفسي والجسدي. ومع ذلك فما زال هذا الميدان غامضاً بالنسبة للعامة وتشوبه الكثير من الأساطير والمخاوف، وخصوصاً في الدول والمجتمعات الفاشلة مما فسح المجال للانتشار الواسع للخرافة وتجار الوهم والدجل تحت مسميات مختلفة مستغلين تأثيرات العولمة وآخر ما توصلت له التكنولوجيا من مخترعات لترويج الوهم لدى فئة تتلقى هذا الوهم بسهولة نتيجة معاناتها واضطرابها وأزماتها.



University Book House
Al Ain -United Arab Emirates
P.O.Box 16983 - Fax: 7542102
Tel: (971) (3) 7554845 - 7556911



دار الكتاب الجامعي
العين - الإمارات العربية المتحدة
ص.ب: ١٦٩٨٣ - فاكس: ٧٥٤٢١٠٢
هاتف: ٧٥٥٤٨٤٥ - ٧٥٥٦٩١١ (٣) (٩٧١)

E-mail: bookhous@emirates.net.ae Website:www.universitybookhouse.com